Deutscher Berufsverband
der Hals-Nasen-Ohrenärzte e. V.
Haart 221

24539 Neumünster

BEITRITTSERKLÄRUNG

Hiermit erkläre ich meinen Beitritt zum Deutschen Berufsverband der HNO-Ärzte e. V.

Die Aufnahme erfolgt durch das Präsidium und wird mit der Bezahlung des ersten Mitgliedsbeitrages wirksam.

....., den ....
Stempel / Unterschrift

Bitte überweisen Sie den Mitgliedsbeitrag **nach Eingang der Rechnung** auf folgendes Konto:

Nr.: 010 110 8689
Deutsche Apotheker- und Ärztebank Hamburg
BLZ: 300 606 01.

Anlage
Mitgliedsbeiträge

Bei Erteilung einer Einzugsermächtigung ermäßigt sich der Mitgliedsbeitrag entsprechend der Beitragsstaffel.

Einzugsermächtigung

Hiermit ermächtige ich den Deutschen Berufsverband der Hals-Nasen-Ohrenärzte e. V., den Mitgliedsbeitrag bis auf Widerruf zu Beginn eines jeden Kalenderjahres im Lastschrifteinzugsverfahren einzuziehen.

Name und **Vorname** des Kontoinhabers (bitte nur in Blockschrift):

.....

Konto-Nr. (kein Sparkonto): ..... Bankleitzahl: .....

Genaue Bezeichnung des Geldinstituts (Bank, Sparkasse, Postgiro):

.....

Wenn mein Konto die erforderliche Deckung nicht aufweist, besteht seitens des kontoführenden Geldinstituts keine Verpflichtung zur Einlösung. Teileinlösungen werden im Lastschriftverfahren nicht vorgenommen. Einen bestehenden Dauerauftrag habe ich als Kontoführer löschen lassen.

....
Ort und Datum Unterschrift des Kontoinhabers