Qualitätszirkel Gynäkologie Regensburg e. V.
Beitrittserklärung

Die vorliegende Satzung habe ich erhalten, gelesen und erkläre mich inhaltlich damit einverstanden, insbesondere mit den Zielen des Qualitätszirkels.

Ich will als ordentliches Mitglied aufgenommen werden.

.....	.....	.....
Ort und Datum	Name in Druckbuchstaben	Unterschrift

Mit meinem Beitritt zum Verein erkläre ich mich damit einverstanden, die Aufnahmegebühr, den monatlichen Beitrag und etwaige Umlagen von meinem Konto abbuchen zu lassen. Das Recht des Widerrufes bleibt davon unberührt.

.....	.....
Kontoinhaber	Fax-Nummer
.....	.....
Bankverbindung, Adresse	e-mail
.....	.....
Kontonummer	Bankleitzahl
.....	.....
Ort und Datum	Unterschrift

Praxisstempel

Bitte faxen an 0 94 07 / 95 30 2-23
oder schicken an Dr. med. Heidrun Eibl-Eichinger (Kassenwart), Falkenstr. 20, 93170 Bernhardswald, Tel.: 0 94 07 / 95 30 2-0

Für vereinsinterne Zwecke:

Weitergabe an		
Bank:	Vorstand:	Faxverteiler: