

**Ärzteverein Oberlausitz e. V.**

**Aufnahmeantrag**

**Name:**

**Vorname:**

**Geburtsdatum:**

**Privatanschrift:**

**Dienstanschrift:**

**Straße / Nummer:**

**Straße / Nummer:**

**PLZ / Wohnort:**

**PLZ / Ort**

**Telefon:**

**Telefon:**

**Titel:**

**Dienststellung:**

**Fachrichtung:**

**E – Mail:**

**Hiermit bitte ich um Aufnahme in den „Ärzteverein Oberlausitz e. V.“ als:**

**Ordentliches Mitglied**

**Außerordentliches Mitglied**  .

**Über Statut und Beitragsordnung habe ich mich über die Homepage des Vereines informiert. Ich erkenne diese ohne Vorbehalt an. Auch bin ich mit der Veröffentlichung meiner Diensttelefonnummer auf der Homepage einverstanden (falls nicht, bitte streichen).**

**Den Jahrsbeitrag in Höhe von €20 überweise ich auf das Konto 3537909 bei der Commerzbank Bautzen, Bankleitzahl 85040000.  
(Empfehlung: Dauerauftrag)**

**Ort / Datum**

**Unterschrift**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Aufnahmebestätigung**

**1. Vorstandsmitglied:**

**2. Vorstandsmitglied:**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_