



## Beitrittserklärung

Ich,

Titel, Name, Vorname

geboren am

Praxisanschrift

Telefon

Fax

E-Mail

Website

KV-Bezirk

Bundesland

**erkläre hiermit meinen Beitritt zum DEUTSCHEN ORTHOPÄDEN- UND UNFALLCHIRURGEN-VERBAND e.V.**

Ort

Datum

Unterschrift

Der Mitgliedsbeitrag beträgt 306,- € pro Jahr.  
Der Beitrag ist als Praxisausgabe steuerlich  
absetzbar.

### SEPA-Lastschriftmandat

Ich ermächtige den DEUTSCHEN ORTHOPÄDEN- UND UNFALLCHIRURGEN-VERBAND e.V., Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die vom DEUTSCHEN ORTHOPÄDEN- UND UNFALLCHIRURGEN-VERBAND e.V. auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

Hinweis: Ich kann innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Es gelten dabei die mit meinem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

Gläubiger-ID DOUV: DE19ZZZ00000252603

Vorname/Name (Kontoinhaber)

Kreditinstitut

Straße/Nr.

BIC

PLZ/Ort

Datum, Ort und Unterschrift

IBAN

IBAN

Praxisstempel