



Beitrittserklärung

Ich, geboren am

Titel, Name, Vorname

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

D E

IBAN

Praxisstempel