



Beitrittserklärung

Name: _____ Vorname: _____

Titel: _____ E-Mail: _____

Adresse Praxis: _____

Adresse privat (Option): _____

Tel. Praxis: _____ Fax Praxis: _____

Mobiltel. : _____

Nach Kenntnisnahme und Billigung der Satzung des Anästhesie-Netzes Hamburg beantrage ich meinen Beitritt zum ersten des nächsten Monats.

Ort, Datum: _____ Unterschrift: _____

Praxisstempel

Hiermit ermächtige ich widerruflich das Anästhesie-Netz Hamburg, vertreten durch seinen jeweiligen Kassenwart, die von mir zu entrichtenden Mitgliedsbeiträge bei Fälligkeit von meinem u.a. Konto durch Lastschrift über die Deutsche Apotheker- und Ärztebank einzuziehen.

Wenn mein Konto die erforderliche Deckung nicht aufweist, besteht seitens des kontoführenden Kreditinstitutes keine Verpflichtung zur Einlösung.

Kontoinhaber: _____

Kontonummer: _____ BLZ: _____

Kreditinstitut Ort: _____

Ort, Datum: _____ Unterschrift: _____

Bitte ausgefüllt per Post oder Fax schicken an:

Dr. Hanne Skrodzki
Elbchaussee 285
22605 Hamburg
Fax 040 81956036