



# Kölner Ärzte e.V.

Haselnussweg 22, 50767 Köln

Fax: 599 98 09 E-Mail: [info@koelner-aerzte.de](mailto:info@koelner-aerzte.de)

KontoNr.: 0007416210 BLZ: 30060601 Apo-Bank

## Aufnahmeantrag

Hiermit beantrage ich die Mitgliedschaft im **Kölner Ärzte e. V.** . Ich verpflichte mich, die Satzung des Vereins einzuhalten. Ein Exemplar der Satzung wird mir auf Wunsch zugesandt. Den Mitgliedsmindestbeitrag in Höhe von 45.- Euro werde ich sofort nach Bestätigung meiner Mitgliedschaft zahlen. Förderbeitrag höher möglich.

Förderbeitrag gesamt: € \_\_\_\_\_

Familienname, Vorname: \_\_\_\_\_

Strasse: \_\_\_\_\_

Plz, Ort: \_\_\_\_\_

Tel.-Nr./Fax-Nr.: \_\_\_\_\_

E-Mail: \_\_\_\_\_

Ausgeübte Tätigkeit: \_\_\_\_\_

Ort, Datum: \_\_\_\_\_ Unterschrift: \_\_\_\_\_

Ich bevollmächtige den **Kölner Ärzte e. V.** meinen jeweiligen satzungsgemäßen Mindestbeitrag oder obigen Förderbeitrag bis zu meinem schriftlichen Widerruf jährlich im Januar von meinem Konto abzubuchen:

Bankleitzahl: \_\_\_\_\_

Kontonummer: \_\_\_\_\_

Bank/Sparkasse: \_\_\_\_\_

Für Ärzte: Meine Praxisspezialitäten sind: \_\_\_\_\_

Ich bevollmächtige den **Kölner Ärzte e. V.**, Daten meiner Praxis weiterzuleiten (Internet-Homepage).

Ja

Nein

Ort, Datum: \_\_\_\_\_ Unterschrift: \_\_\_\_\_