

Vereinigung der Bayerischen Internisten e.V.
Schleißheimer Str. 440

80935 München

BEITRITTSERKLÄRUNG

Hiermit erkläre ich meinen Beitritt als Mitglied zur **Vereinigung der Bayerischen Internisten e.V.**

Name, Vorname, Titel

Straße, Hausnummer

Geburtsdatum

PLZ, Ort

Telefon

Fax

E-Mail

Tätigkeit (Krhs., Praxis, Schwerpunkt)

Ich ermächtige die **Vereinigung der Bayerischen Internisten e.V.** den Jahresbeitrag in Höhe von €50,00 per Lastschrift von meinem Konto einzuziehen.

Bankverbindung

Kontonummer

BLZ

Datum, Ort

Unterschrift, Stempel