

Büro: Bergstraße 25 | 44791 Bochum

Tel.: 02 34 – 95 08 86-16

Fax: 02 34 – 95 08 86-22

s.erdmann@schmerztherapie-classen-trenke.de

Mitgliedsantrag

Titel: Vorname: Name:

Geburtsdatum: Beruf:

Fachrichtung(en):

Straße: PLZ/Ort:

Bundesland: KV-Bereich:

Tel.: Fax: E-Mail:

Ich beantrage die ordentliche Mitgliedschaft im Berufsverband der Palliativmediziner in Westfalen-Lippe e.V. zum Mitgliedsbeitrag von 50,- € / Jahr.

Einzugsermächtigung (obligatorisch):

Gleichzeitig erkläre ich mich damit einverstanden, dass der Mitgliedsbeitrag widerruflich durch Lastschrift von meinem Konto eingezogen wird.

Meine Bankverbindung:

Name des Geldinstitutes:

BIC: IBAN:

Wenn mein Konto die erforderliche Deckung nicht aufweist, besteht seitens des kontoführenden Kreditinstitutes keine Verpflichtung zur Einlösung. Teileinlösungen werden im Lastschriftverfahren nicht vorgenommen.

Ort, Datum:

Unterschrift: