



An das
Gesundheitsnetz Köln Nord medical
e.V.
Neusser Straße 460
50733 Köln-Nippes

Gesundheitsnetz Köln Nord medical e.V.
Gemeinnütziger Verein

Gläubigeridentifikationsnummer:
DE 26ZZ00001057189

Aufnahmeantrag

Hiermit beantrage ich die Mitgliedschaft im Gesundheitsnetz Köln Nord medical e. V.. Ich verpflichte mich, die Satzung des Vereins einzuhalten. Ein Exemplar der Satzung wird mir auf Wunsch zugesandt. Den Mitgliedsmindestbeitrag in Höhe von 60,-- Euro/Jahr werde ich sofort nach Bestätigung meiner Mitgliedschaft zahlen.

Förderbeitrag gesamt

Stempel

Ort, Datum

Familien-, Vorname:

Unterschrift

Strasse:
Plz., Ort:
Tel.-Nr./Fax-Nr.
Ausgeübte Tätigkeit:

SEPA-Lastschriftmandat

Ich ermächtige das Gesundheitsnetz Köln Nord medical e. V. (Zahlungsempfänger) meinen jeweiligen satzungsgemäßen Mindestbeitrag oder obigen Förderbeitrag von meinem Konto per Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die dieses Konto betreffenden Lastschriften des Zahlungsempfängers einzulösen.

Hinweis: Ich kann innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, bei meinem Kreditinstitut die Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Es gelten dabei die mit meinem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

Kontoinhaberin/Kontoinhaber:

Name, ggf. Vorname: _____
Straße und Hausnummer: _____
Postleitzahl, Ort: _____
IBAN: _____
Bank/Sparkasse: _____ BIC: _____
Ort: _____ Datum: _____ Unterschrift: _____

Nennung auf der medical Homepage (Für Ärzte und Selbstständige)

Meine Praxis-/Firmenspezialitäten sind: _____
Ich bevollmächtige medical e. V., Daten meiner Praxis weiterzuleiten (Internet-Homepage).

Ort: _____ Datum: _____ Ja _____ Nein _____
Unterschrift: _____