

# Vareler Ärzte Verein e. V. - Aufnahmeantrag

Name: ..... Vorname: .....

Geb: ..... Straße: .....

PLZ: ..... Praxisort: .....

Tel: ..... Fax: .....

E-Mail: .....

Homepage: .....

**Ich beantrage die Aufnahme in den Vareler Ärzte Verein e. V. zum  
nächstmöglichen Zeitpunkt.**

Datum: .....

.....  
**UNTERSCHRIFT:**

**PRAXISSTEMPEL**

**Bankeinzugsermächtigung:**

**Ich ermächtige den VÄV, den jährlichen Beitrag von meinem Konto**

**IBAN: ..... BIC: .....**

**einzuziehen. (Kann jederzeit storniert oder widerrufen werden)**

Datum: .....

.....  
**(Unterschrift)**

**(Praxisstempel)**

**Formular bitte ausdrucken und ausgefüllt absenden oder faxen an den  
Kassenwart des Vereins: Andreas Pensler, Marktplatz 6, 26316 Varel, Tel. 04451-  
2277 - Fax 04451-86 22 29**