

# Ärzte Club Wiesbaden e.V.



## Beitrittserklärung

Hiermit erkläre ich meinen Beitritt zum Verein

zum \_\_\_\_\_  
Tag/Monat/Jahr

NAME VORNAME GEBURTSDATUM

BERUF STRASSE , PLZ , WOHNORT

PRAXISADRESSE

Tel./Fax E-Mail

Hiermit stimme ich zu, dass meine E-Mail-Adresse im Verteiler der Korrespondenz zwischen dem Ärzte Club Wiesbaden e.V. und mir auch für die anderen Mitglieder des Ärzte Club Wiesbaden e.V. sichtbar ist.

Unterschrift und Stempel \* des Mitgliedes

Für die Vereinsbeiträge nutze ich das Lastschriftverfahren auf der folgenden Seite.

### NUR zu Vereinszwecken (vom Verein auszufüllen )

Durch Beschluss des Vorstandes  
Mitgliedschaft begründet

Erfasst

Datum Datum

Unterschrift

Mitgliedschaft beendet

Funktionen

Datum

