



Berufsverband der Pneumologen
in Bayern e.V.
c/o med info GmbH
Hainenbachstr. 25
89522 Heidenheim

Mitgliedsantrag

Praxisanschrift	
Titel; Name, Vorname: _____	
Straße; Haus-Nr.: _____	
PLZ; Ort: _____	
E-Mail: _____	
Homepage: _____	
Tel.: _____ Fax: _____	
Geb. Datum: _____	
Privatanschrift	
Straße; Haus-Nr.: _____	
PLZ; Ort: _____	
E-Mail: _____	
Tel.: _____ Fax: _____	
Beitragsgruppe (bitte ankreuzen)	
<input type="checkbox"/> Niedergelassene Ärzte	600 EURO/Jahr
<input type="checkbox"/> Chefarzt	400 EURO/Jahr
<input type="checkbox"/> Oberarzt/Angestellter Arzt/öffentl. Dienst	150 EURO/Jahr
<input type="checkbox"/> Assistenzarzt	50 EURO/Jahr
<input type="checkbox"/> Ruheständler	60 EURO/Jahr
<input type="checkbox"/> Kinderpneumologen (eigener BAPP Verband)	0 EURO/Jahr

Berufsverband der Pneumologen
in Bayern e. V.
(im Bundesverband der Pneumologen)

Geschäftsstelle
c/o med info GmbH
Hainenbachstraße 25
89522 Heidenheim

Telefon: 07321 9469182
Telefax: 07321 9469140

info@pneumologenverband.de
www.pneumologenverband.de
www.lungenarzt-bayern.de

Bankverbindung

Deutsche Apotheker- und
Ärztebank München
Konto 0002 622 467
BLZ 300 606 01
IBAN DE91 30060601 0002 6224 67
BIC DAAEDEDXXX

Vorsitzender

Dr. Frank Powitz

Stellv. Vorsitzende

Dr. M. Weber
Dr. G. Feil

Schriftführer

Dr. A. Fertl

Schatzmeister

Dr. C. Helbig

Vereinsregisternummer

11751

Amtsgericht

München

Liebe Frau Kollegin, lieber Herr Kollege,

wir freuen uns, Sie in unserem Verband begrüßen zu dürfen. Sie würden uns die Arbeit erheblich erleichtern, wenn Sie gestatten würden, den Jahresbeitrag von Ihrem Konto einziehen zu lassen. Wir bitten deshalb um Rücksendung der beiliegenden Einzugsermächtigung. Die Angabe Ihrer E-Mail Adresse ist uns wichtig, damit wir Sie in Zukunft immer rasch informieren können. Änderungen Ihrer Adresse oder Ihres Berufsstatus bitten wir uns mitzuteilen.

1. Vorsitzender des Berufsverbandes für Pneumologen in Bayern e.V.

Ort, Datum

Unterschrift

Berufsverband der Pneumologen
in Bayern e.V.
c/o med info GmbH
Hainenbachstr. 25
89522 Heidenheim



SEPA-Lastschriftmandat	
Titel; Name; Vorname: _____	
Straße; Haus-Nr.: _____	
PLZ; Ort: _____	
Kreditinstitut: _____	
IBAN: DE ____ ____ ____ ____ ____ ____	
BIC: _____	

Gläubiger-Identifikationsnummer: DE 97 ZZZ 00000 458585

Hiermit ermächtige ich den Berufsverband der Pneumologen in Bayern e.V. die wiederkehrenden Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die vom Berufsverband der Pneumologen in Bayern e.V. auf mein Konto gezogene Lastschrift einzulösen.

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

Ort Datum

Unterschrift