

Mitgliedsantrag zur Sonderaktion 2018 für PVS-Mitglieder

Name | Titel

Vorname

Geburtsdatum

Fachrichtung

Spezialgebiete

Praxisschwerpunkt

Straße

PLZ | Ort

Telefon

Fax

E-Mail

Hiermit erkläre ich meinen Beitritt zum „Privatärztlichen Bundesverband“.
Der reduzierte Mitgliedsbeitrag für das erste Mitgliedsjahr beträgt 125,- EUR,
danach 165,- EUR. Hiermit erteile ich widerruflich eine Einzugsermächtigung.

IBAN

Datum | Unterschrift