

Mitgliedsantrag

Name | Titel

Vorname

Geburtsdatum

Fachrichtung

Spezialgebiete

Praxisschwerpunkt

Straße

PLZ | Ort

Telefon

Fax

E-Mail

Hiermit erkläre ich meinen Beitritt zum „Privatärztlichen Bundesverband“.
Der Mitgliedsbeitrag beträgt € 165,- für ein Jahr. Hiermit erteile ich widerruflich
eine Einzugsermächtigung.

IBAN

Datum | Unterschrift