

<input type="checkbox"/> <b>als Mitglied</b> Einmalige Aufnahmegebühr <b>EUR 250,00</b> Quartalsbeitrag <b>EUR 350,00</b> Fälligkeiten pro Person 28.02. 31.05. 31.08. 30.11.		<input type="checkbox"/> <b>als assoziiertes Mitglied</b> Jahresbeitrag <b>EUR 100,00</b> pro Person Fälligkeit 15.02.	
---	--	--	--

Titel, Name:		Vorname:		Geb.-Datum:	
Fachrichtung:				LANR:	
Bezeichnung der Praxis				BSNR:	
Straße:			PLZ/Ort:		
Telefon:			FAX:		
Direkte Durchwahl („Kollegennummer“)					
E-Mail Adresse					

**Die Hinweise zur Datenerhebung gem. Art. 13 DSGVO habe ich erhalten und zur Kenntnis genommen.**

**Mit meiner Unterschrift erkenne ich die Satzungen und Ordnungen des Vereins in der jeweils gültigen Fassung an.**

Ort, Datum

Unterschrift:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Über die Aufnahme wird in der nächsten Vorstandssitzung entschieden.

## Erteilung einer Einzugsermächtigung und eines SEPA-Lastschriftenmandats

<b>Zahlungsempfänger:</b> HilMed - Initiative Ärzte Hildesheim e.V. Wollenweberstr. 8  31134 Hildesheim	<b>Gläubiger-Identifikationsnummer:</b>  <b>DE93ZZZ00000839382</b>
<b>Zahlungsart</b> <input checked="" type="checkbox"/> Einmalige Aufnahmegebühr <input checked="" type="checkbox"/> Wiederkehrende Zahlungen	<b>Mandatsreferenz:</b>

### SEPA-Lastschriftenmandat

Ich ermächtige HilMed – Initiative Ärzte Hildesheim e.V. Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die vom Zahlungsempfänger HilMed – Initiative Ärzte Hildesheim e.V. auf mein Konto gezogenen Lastschriften 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.

<b>Name und Anschrift des Kontoinhabers</b>	
<b>IBAN</b> DE	<b>BIC (8 oder 11 Stellen)</b>
<b>Kreditinstitut</b>	

Ort, Datum

Unterschrift:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_