

An den Verein
"Gesundheitsoffensive Hessen"
Geschäftsstelle
Am kleine Ofenberg 1

34466 Wolfhagen

Beitrittserklärung / Einzugsermächtigung

Hiermit erkläre ich, dass ich dem Verein Gesundheitsoffensive Hessen beitrete.

Name: _____

Vorname: _____

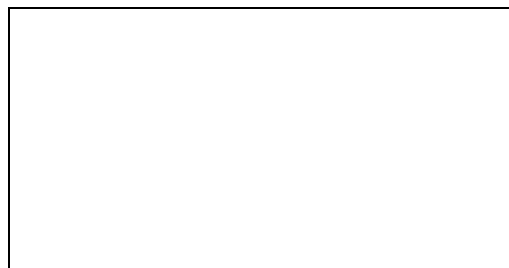
Praxisanschrift: _____

Telefon: _____

Fax: _____

Email: _____

Homepage: _____



Praxisstempel

Die Satzung, die mir in Kopie ausgehändigt wurde, bzw. die ich mir im Internet ausgedruckt habe, wird als verbindlich anerkannt. Mit einer Beitragserhebung von Euro 10.- pro Monat bin ich einverstanden. Gleichzeitig ermächtige ich den Verein i. Gr. "Gesundheitsoffensive Hessen" den Monatsbeitrag in Höhe von Euro 10.- monatlich von

meinem Konto bei der _____

Kontonummer: _____

BLZ _____

abzubuchen. Die Einzugsermächtigung gilt bis zum Widerruf.

(Ort und Datum)

(Unterschrift)