

Geschäftsstelle VmA  
Bergstraße 37  
91090 Effeltrich  
Tel. 08005894-740  
Fax 08005894-741  
E-Mail: [info@arztpartnerinnen.de](mailto:info@arztpartnerinnen.de)

**AUFNAHMEANTRAG** (Bitte in Druckbuchstaben ausfüllen)

Hiermit beantrage ich meinen Beitritt mit Wirkung zum \_\_\_\_\_

- als ordentliches Mitglied mit einem Jahresbeitrag von  
 mindestens 139,- € oder  149,- € oder  159,- € (bitte gewünschte Beitragshöhe ankreuzen)
- als förderndes Mitglied mit einem Jahresbeitrag von mindestens 139,- €

Die Satzung liegt mir  vor  nicht vor.

Name, Vorname \_\_\_\_\_

Geburtsdatum \_\_\_\_\_

Straße \_\_\_\_\_

PLZ \_\_\_\_\_ Ort \_\_\_\_\_

Tel (Praxis) : \_\_\_\_\_ Fax (Praxis): \_\_\_\_\_

Tel (Privat) : \_\_\_\_\_ Fax (Privat): \_\_\_\_\_

E-Mail : \_\_\_\_\_

- Hiermit erkläre ich mein Einverständnis, dass meine Mitgliedsdaten elektronisch erfasst, aktualisiert und für Leistungen im Rahmen der Mitgliedschaft genutzt werden.
- Ich bin damit einverstanden, dass ich künftig vom VmA e. V. einen Newsletter erhalte. Bitte schicken Sie mir diesen an die o. g. E-Mail Adresse. Meine Daten werden auf keinen Fall an unbefugte Dritte weitergegeben. Diese Einverständniserklärung kann ich jederzeit widerrufen.
- Nein, ich bin nicht einverstanden, dass meine E-Mail Adresse für Angebote genutzt wird.

\_\_\_\_\_  
Datum und Unterschrift

- Hiermit ermächtige ich den Verband mitarbeitender ArztpartnerInnen (Gläubiger-Identifikationsnummer: DE83ZZZ0000113005) den Mitgliedsbeitrag bis auf Widerruf einmal jährlich im 1. Quartal im SEPA-Lastschriftverfahren von meinem Konto mit folgender

IBAN \_\_\_\_\_

Abweichende/r Kontoinhaber/in: \_\_\_\_\_

bei der \_\_\_\_\_ BIC \_\_\_\_\_ abzubuchen.

\_\_\_\_\_  
Datum und Unterschrift