

## AUFNAHMEERKLÄRUNG

Ich beantrage hiermit die Mitgliedschaft im Berufsverband der Niedergelassenen Internistischen Onkologen (NIO Niedersachsen) e.V.

Die Vereinssatzung wird Ihnen nach Aufnahme zugesandt.

Name		Vorname	
Titel		Facharzt	
Geb.-Datum			
Anschrift Praxis			
Telefon		Fax	
Anschrift privat			
Telefon		Fax	
Mobil-Tel.			
E-Mail			
Konto-Nr.		BLZ	
Bank			
BIC			
IBAN			
Kontoinhaber			

Laut Mehrheitsbeschluss verpflichten sich alle Mitglieder zur Abgabe einer Einzugsermächtigung. Ich erkläre hiermit widerruflich mein Einverständnis, den Mitgliedsbeitrag einmal jährlich zu Lasten des oben angegebenen Kontos einzuziehen.

.....  
Ort und Datum

Praxisstempel

.....  
Unterschrift