BVNDS
BERUFSVERBAND der
NIEDERGELASSENEN DIABETOLOGEN
SACHSENS

BEITRITTSERKLÄRUNG

Ja, ich möchte Mitglied des BVNDS werden.

Meine persönlichen Daten:

Titel | Vorname | Familienname

Praxisanschrift

Praxis-Telefon | Praxis-Fax

Privatanschrift

E-Mail-Adresse

Mit der Veröffentlichung meiner Adressdaten auf der BVNDS-Internetseite www.bvnd-sachsen.de bin ich einverstanden.

Widerrufliche Einzugsermächtigung:
Hiermit ermächtige ich den BVNDS zum Einzug eines Jahresbeitrages von 100 € von meinem Konto.

Kontoinhaber | Kontonummer | BLZ | Kreditinstitut

Ort, Datum | Unterschrift