

# Antrag auf Mitgliedschaft im Landesverband Sachsen der Ärzte und Zahnärzte des ÖGD

Hiermit beantrage ich die Mitgliedschaft im o.g. Verband ab:

Ort / Datum

.....  
Unterschrift

## Stammdaten

Name:

Vorname:

geb.:

Straße:

Wohnort / PLZ:

Dienststelle:

Straße:

Ort / PLZ:

Tel. dienstl.:

privat:

Fax:

E-Mail:

Zusendung Verbandspost:

dienstlich

privat

Anstellung als:

Angestellter

Beamter

Facharztbereich:

Angestellt als:

## Jahresbeitrag des Landesverbandes

**90,00 Euro**

Einzugsermächtigung wird erteilt

Einzugsermächtigung wird nicht erteilt

---

## Einzugsermächtigung

Hiermit ermächtige ich Sie widerruflich, die von mir zu entrichtende Zahlung des Jahresbeitrages des Landesverbandes Sachsen der Ärzte und Zahnärzte des Öffentlichen Gesundheitsdienstes (Gesamtbeitrag für Bundes- und Landesverband) in Höhe von **EUR 90,00 Jahresbeitrag** bei Fälligkeit zu Lasten meines Kontos

Kto.-Nr.:

BLZ:

bei:  
abzubuchen.

Ort / Datum

.....  
Unterschrift