

medi-owl gbr
Deckertstraße 53
33617 Bielefeld

Bitte zurücksenden per Post

Aufnahmeantrag

Hiermit beantrage ich die Mitgliedschaft in medi-owl gbr
(Verband Ärzte und Psychotherapeuten in Ostwestfalen-Lippe)

Name: _____ Vorname: _____

Titel: _____ geb. am _____

Praxisanschrift: _____

Telefon: _____ Fax: _____

E-Mail: _____

Zulassung als: _____

Ich erkläre, dass ich zur vertragsärztlichen bzw. psychotherapeutischen Versorgung in der Kassenärztlichen Vereinigung Westfalen-Lippe zugelassen und im Bezirk Ostwestfalen-Lippe niedergelassen bin.

Mit der Aufnahme erkenne ich den Gesellschaftsvertrag, die Beschlüsse der Gesellschafterversammlung und die Regelungen der Geschäftsführung als für mich verbindlich an.

Den Beitrag in Höhe von derzeit 120,00 € pro Jahr bezahle ich per SEPA-Lastschrift (bitte umseitigen Abschnitt ausfüllen und per Post zurücksenden).

Mit meiner Unterschrift willige ich ein, dass meine hier und umseitig eingetragenen Daten zum Zweck der Gesellschaftsverwaltung und zur Beitragsabbuchung gespeichert werden. Mir ist bekannt, dass ich diese Angaben jederzeit ändern oder löschen lassen kann bzw. die Einwilligung zur Datenspeicherung widerrufen kann.

medi-owl gbr

Verband
Ärzte und Psychotherapeuten
in Ostwestfalen-Lippe

Geschäftsführung

Dr. med. Wolfram Schaefer
(Sprecher)
Dr. med. Björn Requadt
Dipl. Psych. Angelus Stulik

Postanschrift

Deckertstraße 53
33617 Bielefeld

Tel. 0521 / 45 49 037
Fax: 0521 / 934 548 53

E-Mail: post@medi-owl.de
www.medi-owl.de

Ort, Datum und Unterschrift

Praxisstempel

medi-owl gbr

Geschäftsstelle: Deckertstraße 53, 33617 Bielefeld

Gläubiger-Identifikationsnummer : DE54ZZZ00000521924

Mandatsreferenz (von medi-owl gbr auszufüllen) _____

SEPA Lastschriftmandat

Ich ermächtige die medi owl gbr Zahlungen (derzeit 120,00 € pro Jahr) von meinem unten genannten Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die vom Zahlungsempfänger medi-owl gbr auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen. Ich habe zur Kenntnis genommen, dass medi-owl gbr die jährliche Lastschrift nicht gesondert ankündigt.

Mir ist bekannt, dass ich innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des Lastschrift-Betrages verlangen kann. Es gelten die mit meinem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

Vorname und Nachname (Kontoinhaber)

Straße und Hausnummer

Postleitzahl und Ort

... oder hier lesbaren Stempel platzieren

Kreditinstitut

IBAN: DE __ | ____ | ____ | ____ | ____ | ____

Ort, Datum und Unterschrift

[Geben Sie Text ein]