



Aufnahmeantrag für den Ärzteverein Tecklenburger Land e.V.

Ich beantrage die Aufnahme in den Ärzteverein Tecklenburger Land e.V.

Den ausgefüllten Antrag bitte zurücksenden an: Dr. Anne-Cathrin Lahr, per E-Mail:

„aclahr@gmx.de“ - oder Postanschrift: Kleefeldstraße 8, 49525 Lengerich

Titel:

Name: Vorname:

Straße: PLZ/ Ort:

Geb.-Datum E-Mail:

Tel.: Fax:

☐ Meinen Mitgliedsbeitrag (zur Zeit jährlich 15,00 €) lasse ich via
SEPALastschriftmandat von meinem Konto abbuchen. Das erforderliche
Formular befindet sich auf der folgenden Seite. Nach Einrichten des
Lastschriftmandats erhalte ich umgehend meine Mandatsreferenz.

☐ Den Mitgliedsbeitrag überweise ich auf das Konto des Ärztevereins bei der
Kreissparkasse Ibbenbüren, IBAN: DE87 4035 1060 0000 0037 23

Zutreffendes bitte ankreuzen. ☒

.....
Ort, Datum, Unterschrift

Ggfs. Stempel: