



Beitrittserklärung

Hiermit erkläre ich meinen Beitritt zum Verein
Medizinisches Praxisnetz Neumünster e. V. (MPN e. V.) und erkläre mich mit den
Zielen und Bestimmungen der Vereinssatzung einverstanden.

Ort, Datum

Unterschrift

Anschrift oder Praxisstempel:

Betriebsstättennr.: _____ LANR: _____

Telefon-Nr.: _____ Fax-Nr.: _____

E-Mail-Adresse: _____

Bitte zurücksenden an:

Med. Praxisnetz Neumünster e.V.
Haart 19 a
24534 Neumünster

Fax-Nr. 04321/69 59 421

Einzugsermächtigung:

Hiermit erteile ich dem Vorstand des Medizinischen Praxisnetzes Neumünster e. V.
die Ermächtigung, den jährlichen Vereinsbeitrag für ordentliche Mitglieder 450 €
(Nutzung KV-Safenet) sowie für assoziierte Mitglieder 225 € von meinem Konto

IBAN:

BIC:

Name der Bank:

bis auf Widerruf bzw. Erlöschen der Mitgliedschaft im MPN e. V. einzuziehen.

Datum

Unterschrift