



An den
Facharztverband Rheinland-Pfalz e.V.
– Dr. Gundolf Berg –
Rhabanusstr. 3
55118 Mainz

Fax: 06131 / 6938072

Ich möchte den **Facharztverband Rheinland-Pfalz e.V.** in seinem Engagement für die Interessen von uns Fachärztinnen und Fachärzten durch meine persönliche Mitgliedschaft unterstützen und **erkläre hiermit meinen Beitritt.**

Titel / Vorname / Name _____

Fachrichtung: _____

Praxisadresse: _____

Tel: _____ Fax: _____

Mail: _____

Ich bin damit einverstanden, dass der satzungsgemäße Mitgliedsbeitrag von meinem folgenden Konto eingezogen wird:

IBAN: _____

Kreditinstitut: _____

Ort

Datum

Unterschrift + Praxisstempel