

Regensburger Straße 109
92318 Neumarkt
Telefon 09181 50901100
Fax 09181 50901150

ANMELDUNG

bitte per Fax an 09181 50901150

info@bfav.info
www.bfav.info

Ich erkläre hiermit rechtsverbindlich meinen Eintritt zum Bayerischen Facharztverband und ermächtige ihn widerruflich zum Einzug meines Beitrages in Höhe von 100,- Euro bei Verbandseintritt und jeweils zum 01. Januar der folgenden Jahre.

Eine Kündigung ist jederzeit, bis spätestens vier Wochen vor Jahresende möglich.

Bitte leserlich, in Druckbuchstaben ausfüllen:

.....
Vorname, Name

.....
Straße, Hausnummer

.....
PLZ, Ort

.....
E-Mail-Adresse (Benutzername)

.....
Telefon

.....
Fax

.....
Geburtsdatum

.....
niedergelassen seit

.....
Kreditinstitut, Ort

.....
Bankleitzahl

.....
Kontonummer

.....
Facharztgruppe

.....
Datum, Stempel, Unterschrift