

## ANMELDUNG

### Antrag auf Mitgliedschaft

Ich erkläre hiermit meinen Eintritt in den Bayerischen Facharztverband und ermächtige ihn widerruflich zum Einzug meines Jahresbeitrages (aktuell 200 Euro) und jeweils am 31. Januar der folgenden Jahre. Eine Kündigung ist jederzeit bis spätestens vier Wochen vor Jahresende möglich.

### Ihre Daten

Vorname, Nachname

Straße und Hausnummer

PLZ

Ort

Geburtsdatum

niedergelassen als

Ort, Datum

Unterschrift

Stempel

X

## SEPA-Lastschriftmandat

Zahlungsempfänger

**Bayerischer Facharztverband e.V.**  
**Regensburger Straße 109**  
**92318 Neumarkt i.d.OPf.**

Gläubiger-Identifikationsnummer:

**DE11ZZZ00000133534**

Mandatsreferenz:

**BFAV**

Ich ermächtige/Wir ermächtigen (A) den Zahlungsempfänger (Name siehe oben), Zahlungen von meinem/ unserem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich (B) weise ich mein / weisen wir unser Kreditinstitut an, die vom Zahlungsempfänger (Name siehe oben) auf mein/ unser Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

Hinweis: Ich kann/Wir können innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Es gelten dabei die mit meinem/ unserem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

Zahlungsart

**Wiederkehrende Zahlung**

Zahlungspflichtige/r (Ihre Daten)

Name (Kontoinhaber)

Straße und Hausnummer

PLZ

Ort

IBAN (max. 35 Stellen)

BIC (8 oder 11 Stellen)

Ort, Datum

Unterschrift/en  
(Kontoinhaber)

**X**