



Adresse:
Medifair e.V.
Meyenburger Chaussee 23, 16909 Wittstock
Vorsitzender: Dr. Ralf Greese
Tel. 03394-403580 Fax: 03394-403581

Medifair e.V. – das Gesundheitsnetz in OPR

Aufnahmeantrag

Name: Vorname:
geb.:
Straße: Praxisort:
Tel.: Fax:
e-Mail:

Ich beantrage die Aufnahme in den Verein Medifair e.V.

Datum: Unterschrift: Praxisstempel:

Bankeinzugsermächtigung:

Ich ermächtige den Verein Medifair e.V., den monatlichen Beitrag von 50,00 € sowie die einmalige Aufnahmegebühr von 100,00 € von meinem Konto:

Konto-Nr.: Bankleitzahl:

IBAN:..... BIC:.....

Bankinstitut:

einzuziehen. (kann jederzeit storniert oder widerrufen werden)

Datum: Unterschrift: Stempel: