Berufsverband der Pneumologen
Hamburg
Schleswig-Holstein

Berufsverband der Pneumologen Hamburg – Schleswig-Holstein e.V.

Beitrittserklärung :

Hierdurch erkläre ich meinen Beitritt zum Berufsverband der Pneumologen Hamburg-Schleswig-Holstein e.V.

Name: _____

Anschrift: _____

Mail: _____

Telefon :_____

Fax: _____

Ich bin wie folgt tätig (bitte ankreuzen):

- ☐ In eigener Praxis niedergelassene Pneumologin
- ☐ angestellte Ärztin oder beamtete Pneumologin
- ☐ Pensionär

Der Mitglieds-Jahresbeitrag beträgt:
a) In eigener Praxis niedergelassene, frei praktizierende Ärztin 650,- €
b) Klinikerin, sonstige angestellte Ärztin oder beamtete Pneumologin 125,- €
c) Pensionäre 50,- €

Hiermit ermächtige ich den Berufsverband widerruflich, die Beitragzahlungen von meinem Konto einzuziehen:

Kreditinstitut:_____
Name Kontoinhabers: _____
IBAN _____
BIC _____

Ort, Datum, Unterschrift

Bitte per Mail an den Schatzmeister des Landesverbandes Niels Thomsen:
nie.thomsen@gmail.com oder per Post an:
Niels Thomsen, Südermarkt 1A, 24937 Flensburg.