

Landesverband Berlin und Brandenburg  
 der Pneumologen e.V.  
 c/o med info GmbH  
 Hainenbachstr. 25  
 89522 Heidenheim



## Mitgliedsantrag

Praxisanschrift	
Titel; Name, Vorname: _____	
Straße; Haus-Nr.: _____	
PLZ; Ort: _____	
E-Mail: _____	
Homepage: _____	
Tel.: _____ Fax: _____	
Geb. Datum: _____	
Privatanschrift	
Straße; Haus-Nr.: _____	
PLZ; Ort: _____	
E-Mail: _____	
Tel.: _____ Fax: _____	
Beitragsgruppe (bitte ankreuzen)	
<input type="checkbox"/> Niedergelassener Arzt	750 EURO/Jahr
<input type="checkbox"/> Chefarzt	350 EURO/Jahr
<input type="checkbox"/> Öffentlicher Dienst	250 EURO/Jahr
<input type="checkbox"/> Angestellter Arzt	250 EURO/Jahr
<input type="checkbox"/> Ass.-Ärzte	75 EURO/Jahr
<input type="checkbox"/> Ärzte im Ruhestand	50 EURO/Jahr

Landesverband Berlin und Brandenburg  
 der Pneumologen e. V.

**Beitragsverwaltungsstelle**  
 c/o med info GmbH  
 Hainenbachstraße 25  
 89522 Heidenheim

Telefax: 07321 9469182  
 Telefax: 07321 9469140

info@lvbb-pneumologie.de  
 www.lvbb-pneumologie.de

### Bankverbindung

Commerzbank AG  
 Konto 032 00 28 000  
 BLZ 100 800 00  
 IBAN DE98 1008 0000 0320 0280 00  
 BIC DRESDEFF100

**Vorsitzender**  
 Dr. M. Krüll

**Stellv. Vorsitzender**  
 A. Lenartowsky

**Schatzmeister**  
 Dr. Jörg Eller

**Vereinsregisternummer**  
 3339

**Amtsgericht**  
 Berlin (Charlottenburg)

Hiermit erkläre ich meinen Beitritt als Mitglied zum Landesverband Berlin und Brandenburg der Pneumologen e.V. im Bundesverband der Pneumologen.

\_\_\_\_\_  
 Ort, Datum      Unterschrift



Seite 2 des Schreibens vom 23. November 2021

Landesverband Berlin und Brandenburg  
der Pneumologen e.V.  
c/o med info GmbH  
Hainenbachstr. 25  
89522 Heidenheim

SEPA-Lastschriftmandat	
Titel; Name; Vorname: _____	
Straße; Haus-Nr.: _____	
PLZ; Ort: _____	
Kreditinstitut: _____	
IBAN: DE ____   ____   ____   ____   ____   ____	
BIC: _____	

Gläubiger-Identifikationsnummer: DE70 ZZZ 00000 458586

Hiermit ermächtige ich den Landesverband Berlin und Brandenburg der Pneumologen e.V. die wiederkehrenden Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die vom Landesverband Berlin und Brandenburg der Pneumologen e.V. auf mein Konto gezogene Lastschrift einzulösen.

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

---

Ort Datum

Unterschrift