



Erklärung zur Aufrechterhaltung der Mitgliedschaft

LANR	Titel	Name	Vorname
------	-------	------	---------

Hiermit erkläre ich, dass ich nach Beendigung meiner vertragsärztlichen Tätigkeit meine Mitgliedschaft in der „Kranzspende für Ärzte und Psychotherapeuten der KVS-Bezirksgeschäftsstelle Leipzig“ aufrechterhalten möchte.

Ich beauftrage die KVS-Bezirksgeschäftsstelle Leipzig, den jeweils anfallenden Spendenbetrag von folgendem Konto abzubuchen:

Kontonummer _____

Bankleitzahl _____

Kreditinstitut _____

.....
Datum

.....
Unterschrift