



**KVS** BGST Dresden, PF 10 06 41, 01076 Dresden

**BEZIRKSGESCHÄFTSSTELLE DRESDEN**

Anschrift: Schützenhöhe 12  
01099 Dresden  
Telefon: 0351 8828-0  
Telefax: 0351 8828-199  
E-Mail: dresden@kvs-sachsen.de  
Internet: www.kvs-sachsen.de  
Bearbeiter: Frau Kaiser  
Durchwahl: 250  
Unser Z.: 6e-kai  
  
Ihr Z.:  
Ihr Schr. v:  
Datum:

**Beitrittserklärung**

für niedergelassene Ärzte

Ich erkläre meinen Beitritt zur Kranzspende für Ärzte der Bezirksgeschäftsstelle Dresden der KVS und stimme dem mir vorliegenden Statut dieser Kranzspende zu.

Ich bin bereit, als Spende pro Todesfall z. Z. 10,00 € zu geben und beauftrage die KV, mit diesem Betrag jeweils mein Honorarkonto zu belasten.

Gemäß Ziffer 4 des Statutes bestimme ich für den Fall meines Ablebens, den Spendenbetrag an

.....  
Konto-Nummer .....  
Bankleitzahl .....  
bei der .....

auszuzahlen.

....., .....  
Ort Datum Unterschrift

Name und Anschrift:  
(Stempel)