

Beitrittserklärung

Ich erkläre meinen Beitritt zur Kranzspende für Ärzte des Regierungsbezirkes Leipzig und stimme den „Regelungen für die Kranzspende für niedergelassene Ärzte des Regierungsbezirkes Leipzig“ zu.

Ich bin bereit, als Spende **pro Todesfall** 20,00 Euro zu geben und beauftrage die KV, mit diesem Betrag jeweils mein Konto zu belasten (von Rentnern und angestellten Ärzten wird der Betrag vierteljährlich erhoben).

..... , den

.....
Unterschrift

Gemäß Ziffer 3 der „Regelungen für die Kranzspende für niedergelassene Ärzte des Regierungsbezirkes Leipzig“ bestimme ich für den Fall meines Ablebens, den Spendenbetrag an

Name

Konto-Nummer

Bankleitzahl

Bank

auszuzahlen.

Name und Anschrift:
(Stempel des Arztes)