

Name und Anschrift:

*(Stempel des Arztes oder des
psychologischen Psychotherapeuten)*

Beitrittserklärung

Ich erkläre meinen Beitritt zur Kranzspende für Ärzte und psychologische Psychotherapeuten der Kassenärztlichen Vereinigung, Bezirksgeschäftsstelle Chemnitz und stimme den mir vorliegenden Bestimmungen dieser Kranzspende zu.

Ich bin bereit, als Spende **pro Todesfall** 16,00 Euro zu zahlen und beauftrage die KVS, Bezirksgeschäftsstelle Chemnitz, Abteilung Buchhaltung, mit dem entsprechenden Betrag Quartalsweise mein Honorarkonto zu belasten (von Ruheständlern und angestellten Ärzten wird der Betrag vierteljährlich entweder durch Rechnungslegung oder im Lastschriftverfahren erhoben).

..... , den

.....

Unterschrift