



## 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:

IBAN \_\_\_\_\_

BIC \_\_\_\_\_

Kreditinstitut \_\_\_\_\_

.....  
Datum

.....  
Unterschrift