



Beitrittserklärung

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

Hiermit erkläre ich meinen Beitritt zur „Kranzspende für Ärzte und Psychotherapeuten der KVS-Bezirksgeschaftsstelle Leipzig“ und stimme den mir vorliegenden Regelungen über die Kranzspende zu.

Ich bin bereit, im Todesfall eines Mitgliedes eine Spende in Höhle von 20,00 Euro zu geben. Hierzu beauftrage ich die KVS-Bezirksgeschaftsstelle Leipzig, mein Honorarkonto mit diesem Betrag zu belasten.

Gemäß Ziffer 3 der Regelungen der Kranzspende bestimme ich für den Fall meines Ablebens, den Spendenbetrag an:

Name, Vorname	Wohnanschrift	geb. am	Bezugsanteil in %
1.			
2.			
3.			

zu zahlen.

Nur für angestellte Ärzte

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

IBAN _____
BIC _____
Kreditinstitut _____

.....
Datum

.....
Arztstempel, Unterschrift