

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 Sachsen, Bezirksgeschäftsstelle Chemnitz, und stimme den mir vorliegenden Bestimmungen dieser Kranzspende vom 23.11.2016 zu.

Ich bin bereit, als Spende **pro Todesfall** 16,00 Euro zu zahlen und beauftrage die KVS, Bezirksgeschäftsstelle Chemnitz, Gruppe 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