KASSENÄRZTLICHE VEREINIGUNG SACHSEN
KÖRPERSCHAFT DES ÖFFENTLICHEN RECHTS
BEZIRKSGESCHÄFTSSTELLE LEIPZIG

Beitrittserklärung

_____

LANR Titel Name Vorname

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

Ich bin bereit, im Todesfall eines Mitgliedes eine Spende in Höhe von 20,00 Euro zu geben. Hierzu beauftrage ich die KVS-Bezirksgeschäftsstelle 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-Bezirksgeschäftsstelle Leipzig, den jeweils anfallenden Spendenbetrag von folgendem Konto abzubuchen:

IBAN _____

BIC _____

Kreditinstitut _____

....

Datum Arztstempel, Unterschrift