KASSENÄRZTLICHE VEREINIGUNG SACHSEN
KÖRPERSCHAFT DES ÖFFENTLICHEN RECHTS
BEZIRKSGESCHÄFTSSTELLE DRESDEN

Beitrittserklärung

_____

BSNR Titel Name Vorname

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

Ich bin bereit, im Todesfall eine Spende in Höhe von 10,00 Euro zu geben. Hierzu beauftrage ich die KVS-Bezirksgeschäftsstelle Dresden, mein Honorarkonto mit diesem Betrag zu belasten.

Gemäß Ziffer 4 der Regelungen der Kranzspende bestimme ich für den Fall meines Ablebens, den Spendenbetrag an folgende(n) Begünstigte(n) zu zahlen.

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

<u>Nur für angestellte Ärzte</u>

Ich beauftrage die KVS-Bezirksgeschäftsstelle Dresden, den jeweils anfallenden Spendenbetrag von folgendem Konto abzubuchen:

IBAN _____

BIC _____

Kreditinstitut _____

..... …….....

Datum Arztstempel, Unterschrift