

# Arbeitsgemeinschaft Anästhesiologischer Operationszentren A A O Z e.V.

**Stühlinger Str. 24, 79106 Freiburg i.Br., Tel.: 0761-38800-40; Fax: 0761-38800-50**

Hiermit beantrage ich die Mitgliedschaft in der Arbeitsgemeinschaft Anästhesiologischer Operationszentren e.V. Die Satzung des Vereins ist mir bekannt.

Die von der Mitgliederversammlung beschlossene Aufnahmegebühr beträgt z.Zt. für ordentliche Mitglieder € 250,00, für außerordentliche Mitglieder entfällt diese Gebühr.

Ich beantrage die

ordentliche Mitgliedschaft

außerordentliche Mitgliedschaft

<b>Titel:</b>	
<b>Name, Vorname</b>	
<b>Geb.-Datum</b>	
<b>Name des OP-Zentrums:</b>	
<b>Straße:</b>	
<b>PLZ-Ort:</b>	
<b>Telephon:</b>	
<b>Telefax:</b>	
<b>Mobiltelefon:</b>	
<b>email Adresse:</b>	
<b>Name/n der Partner:</b>	
<b>Name/n der Partner:</b>	

Bitte füllen Sie die Felder leserlich in Druckschrift aus!

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Praxisstempel

\_\_\_\_\_  
Unterschrift

# Arbeitsgemeinschaft Anästhesiologischer Operationszentren

## A A O Z e.V.

Stühlinger Str. 24, 79106 Freiburg i.Br., Tel.: 0761-38800-40; Fax: 0761-38800-50

### Ermächtigung zum Einzug von Forderungen mittels Lastschrift

Hiermit ermächtige ich die Arbeitsgemeinschaft Anästhesiologischer Operationszentren e.V. widerruflich, die von mir zu entrichtenden Zahlungen bei Fälligkeit, zu Lasten meines Kontos mittels Lastschrift, einzuziehen.

<b>Name, Vorname</b>	
<b>Geb.-Datum</b>	
<b>Straße:</b>	
<b>PLZ-Ort:</b>	

Wenn mein Konto die erforderliche Deckung nicht aufweist, besteht seitens des kontoführenden Kreditinstitutes keine Verpflichtung zur Einlösung.

<b>Name des Kreditinstitutes:</b>	
<b>Kontonummer:</b>	
<b>Bankleitzahl:</b>	
<b>IBAN:</b>	
<b>BIC:</b>	

Bitte füllen Sie die Felder leserlich in Druckschrift aus!

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Praxisstempel

\_\_\_\_\_  
Unterschrift