

Name: _____
Geburtsdatum: _____
Anschrift der Wohnung oder Praxis: _____
Postleitzahl, Ort: _____
E-Mail-Adresse: _____
Fax: _____

Kieler Ärzteverein
Herzog-Friedrich-Str. 49

24103 Kiel

Beitragseinstufung (Beitragsgruppe bitte auswählen bzw. markieren)

- **Jahresbeitrag für niedergelassene Ärzte, auch für nur in Privatpraxis niedergelassene Ärzte und auswärtig niedergelassene Ärzte, die vom Notdienst Kiel versorgt werden. **75,00 Euro****
- **Jahresbeitrag für nicht leitende, beamtete, angestellte, tariflich bezahlte Assistenten und auswärtig niedergelassene Ärzte, die nicht vom Notdienst Kiel versorgt werden. **50,00 Euro****
- **Jahresbeitrag für Assistenten und Ärzte, die nicht berufstätig sind. **25,00 Euro****
- **Jahresbeitrag für Ehepartner von Mitgliedern. **25,00 Euro****
- **Medizinstudenten der Christian-Albrechts-Universität zu Kiel für die Dauer des Studiums (bitte Matrikelbescheinigung vorlegen) **0,00 Euro****

Auf Antrag kann der Beitrag erlassen werden. Veränderungen der Beitragsklasse bitte mitteilen.

Zur Verwaltungserleichterung und Kostenersparnis bin ich mit dem Beitragseinzug durch Lastschriftverfahren von meinem Bankkonto einverstanden.

KTO: _____

BLZ: _____

Ich bin mit der jährlichen Abbuchung des Mitgliedsbeitrages einverstanden.

Kiel, den _____

Unterschrift _____