

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

Kieler Ärzteverein
Postfach 20
24248 Mönkeberg

Ich/Wir erkläre/n hiermit meinen/unseren Beitritt zum Kieler Ärzteverein

- Jahresbeitrag für niedergelassene Ärzte, auch für nur in Privatpraxis niedergelassene Ärzte und auswärtig niedergelassene Ärzte, die vom Notdienststring Kiel versorgt werden. **80,00 Euro**
- Jahresbeitrag für nicht leitende, beamtete, angestellte, tariflich bezahlte Assistenten und auswärtig niedergelassene Ärzte, die nicht vom Notdienststring Kiel versorgt werden. **55,00 Euro**
- Jahresbeitrag für Assistenten und Ärzte, die nicht berufstätig sind. **30,00 Euro**
- Jahresbeitrag für Ehepartner von Mitgliedern **30,00 Euro**
- Medizinstudenten der Christian-Albrechts-Universität zu Kiel für die Dauer des Studiums (bitte Matrikelbescheinigung vorlegen) **00,00 Euro**
- Jahresbeitrag für Kliniken, Medizinische Versorgungszentren sowie Gemeinschaftspraxen **300,00 Euro**

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

Beitragsgruppe bitte unterstreichen

Ich/Wir ermächtige/n den Kieler Ärzteverein meine/unseren jährlich/en fälligen Mitgliedsbeiträge von meinem/unserem unten angeführten Konto mittels Lastschrift einzuziehen und bitte/n um Zusendung des Antrages für das SEPA-Lastschriftmandat.

IBAN: DE
BIC :
Bank:

Ort, Datum:

Unterschrift