Bern,

Verein Ärzte für Ärzte

Vorstand

Viktoriarain 7

3013 Bern

**Mitgliedschaftserklärung**

Mit diesem Formular und meiner Unterschrift trete ich dem Verein Ärzte für Ärzte bei.

Ich bestätige hiermit die Vereinsstatuten gelesen zu haben und erkläre mich damit einverstanden.

Ich verpflichte mich hiermit zur Zahlung eines Mitgliederbeitrages in der Höhe von 100.- CHF, der jährlich bis spätestens Ende März des laufenden Kalenderjahres einbezahlt werden muss.

Kontoangaben:

Verein Ärzte für Ärzte

Viktoriarain 7

3013 Bern

CH57 8080 8006 5588 5292 8

Der Austritt aus dem Verein kann mit einer schriftlichen Kündigung jederzeit erfolgen.

Personalien:

|  |  |
| --- | --- |
| Name: |  |
| Vorname: |  |
| Adresse: |  |
| PLZ/Ort: |  |
| Telefon: |  |
| Email: |  |

|  |
| --- |
| Ort/Datum: |
|  |

|  |
| --- |
| Unterschrift: |
|  |