

Beitrittserklärung

Hiermit erkläre ich meinen Beitritt zur
Arbeitsgemeinschaft zytologisch tätiger Ärzte in Deutschland e.V.

Name: _____

Vorname: _____

Titel : _____

Straße: _____

PLZ, Ort/Postfach: _____

Geburtsdatum: _____

Bundesland: _____

Telefon: _____

Fax: _____

E-Mail Adresse: _____

KV-Zugehörigkeit: _____

Der Jahresmitgliedsbeitrag beträgt 350,- € . Es ist möglich eine Beitragsminderung auf 260,- € zu beantragen. Bei zytologischen Einrichtungen mit mehreren Mitgliedern beträgt der Beitrag für das 1. Mitglied 350,- €, für jedes weitere Mitglied 260,- € pro Jahr. Bei zytologischen Einrichtungen mit weniger als 10.000 GKV-Fällen pro Jahr beträgt der Beitrag 260,- €. Zum Nachweis senden Sie bitte die Kopie einer aktuellen KV- Abrechnung Ihrer zytologischen und molekularbiologischen Untersuchungsleistungen aus der Frequenztafel Ihrer KV an die Geschäftsstelle der AZÄD. Im Beitrittsmonat Januar - März = 100% Beitragszahlung, April - September = 50% Beitragszahlung, Oktober - Dezember keine Beitragszahlung (gilt nur für das Beitrittsjahr).

Ort/Datum _____

Unterschrift/Stempel _____

Einzugsermächtigung

Hiermit bevollmächtige ich die , die von mir zu entrichtenden Beiträge bei Fälligkeit zu Lasten meines Kontos,

BLZ _____

Konto-Nr. _____

Bank _____

IBAN _____

einzuziehen. Unsere Gläubiger-Identifikationsnummer: DE68ZZZ00000920439.

Gleichzeitig ermächtige ich die oben genannte Bank, mein Konto mit dem angeforderten Betrag zu belasten. Für entsprechende Deckung werde ich Sorge tragen.

Diese Erklärung gilt solange sie nicht gegenüber der Arbeitsgemeinschaft zytologisch tätiger Ärzte in Deutschland e.V. schriftlich widerrufen wird.

Ort, Datum _____

rechtsgültige Unterschrift des Kontoinhabers _____

Ich bin nicht am Einzugsverfahren interessiert

Stempel: _____