



An den  
Facharztverband Rheinland-Pfalz e.V.  
– Dr. Gundolf Berg –  
Umbach 4  
55116 Mainz

Fax: 06131 / 214143-21

Ich möchte den **Facharztverband Rheinland-Pfalz e.V.** in seinem Engagement für die Interessen von uns Fachärztinnen und Fachärzten durch meine persönliche Mitgliedschaft unterstützen und **erkläre hiermit meinen Beitritt.**

Titel / Vorname / Name \_\_\_\_\_

Fachrichtung: \_\_\_\_\_

Praxisadresse: \_\_\_\_\_

Tel: \_\_\_\_\_ Fax: \_\_\_\_\_

Mail: \_\_\_\_\_

Ich bin damit einverstanden, dass der satzungsgemäße Mitgliedsbeitrag von meinem folgenden Konto eingezogen wird:

IBAN: \_\_\_\_\_

Kreditinstitut: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Ort

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift + Praxisstempel