

# Beitrittserklärung

Ich trete dem Verein Zentrum Patientenschulung bei als:

- natürliche Person                       Einrichtung                       Träger

## Kontaktdaten

<input type="text"/> Titel	<input type="text"/> E-Mail
<input type="text"/> Name des Stimmberechtigten	<input type="text"/> Telefon
<input type="text"/> Name des Stellvertreters	<input type="text"/> Fax
<input type="text"/> ----- Institution	<input type="text"/> Anschrift
<input type="text"/> gewünschtes Beitrittsdatum*	<input type="text"/> PLZ <input type="text"/> Ort

\* falls Sie dieses Feld leer lassen, gilt der Tag des Posteingangs

  
Ort, Datum  
Unterschrift

## Mitgliedsbeitrag

- Der Mitgliedsbeitrag wird von mir nach Erhalt der Beitragsrechnung überwiesen.
- Hiermit wird der Verein Zentrum Patientenschulung e.V. widerruflich ermächtigt, den Mitgliedsbeitrag zu Lasten des rechts genannten Kontos per Lastschrift einzuziehen.

Wenn das Konto die erforderliche Deckung nicht aufweist, besteht seitens des kontoführenden Kreditinstituts keine Verpflichtung zur Einlösung. Teileinlösungen werden im Lastschriftverfahren nicht vorgenommen.

<input type="text"/> Kontoinhaber
<input type="text"/> Kontonummer
<input type="text"/> Kreditinstitut
<input type="text"/> Bankleitzahl
<input type="text"/> ----- für Rehabilitationseinrichtungen: Name/Vorname des Vertreters

  
Ort, Datum  
Unterschrift

Bitte senden Sie das ausgefüllte Formular per Fax oder Post an folgende Adresse:

Zentrum Patientenschulung e. V.  
c/o Universität Würzburg  
Klinikstraße 3  
97070 Würzburg

Fax: 0931 31-86080