



ÄRZTENETZ

NIEDERRHEIN

Einzugsermächtigung:

Name des Kontoinhabers: _____

Konto Nr. : _____

BLZ: _____

Name der Bank: _____

Hiermit gestatte ich **widerruflich** den Einzug des Mitglieds- und des Aufnahmebetrages (pro Praxissitz 500 €, pro Krankenhaus 2000 €) für das Ärztenetz Niederrhein vom obigen Konto.

Datum/Ort:

Unterschrift: