



Travemünder Ärzteverein e.V. • Bertlingstrasse 4 • 23570 Lübeck Travemünde  
**Kassenwartin**

**Apothekerin Susanne Hahn**

**Vorderreihe 39**

**23570 Lübeck**

**Antrag auf Mitgliedschaft in dem  
 Travemünder Ärzteverein e.V.**

<b>Name, Vorname</b>		
<b>Straße und HausNr.</b>		
<b>PLZ, Ort</b>		
<b>Telefon, Fax</b>		
<b>Mobil</b>		
<b>email</b>		
<b>Geburtsdatum</b>		
<b>Beruf/Fachrichtung</b>		
<b>SEPA – Lastschriftmandat Bankverbindung</b>		
<b>IBAN</b>	DE _ _   _ _ _ _   _ _ _ _   _ _ _ _   _ _ _ _   _ _	
<b>BIC</b>		
<b>Kreditinstitut</b>		
<b>Kontoinhaber</b>		

1.Vorsitzender  
 Travemünder Ärzteverein e.V.  
 Dr. Jörg Sandmann  
 Bertlingstrasse 4  
 23570 Lübeck Travemünde

2.Vorsitzender  
 Dr. Andreas Mohr  
 Am Dreilingsberg 7  
 23570 Lübeck Travemünde

Kassenwartin/ Mitgliederpflege  
 Susanne Hahn  
 Vorderreihe 39  
 23570 Lübeck Travemünde  
 Tel: 04502 2211  
 post@travemuender-  
 aerzteverein.de

Bankverbindung:  
 Apotheker- und Ärztebank  
 IBAN: DE4030060601000624187  
 BIC: DAAEDEDXXX

Registergericht  
 VR 4089 HL Lfd Nr. 1

Finanzamt  
 Verzeichnisnummer

Internet:  
[www.travemuender-  
 aerzteverein.de](http://www.travemuender-aerzteverein.de)

Gläubiger-Identifikationsnummer: DE

Mandatsreferenz:

Ich ermächtige den Travemünder Ärzteverein e.V. die Mitgliedsgebühr von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von dem Travemünder Ärzteverein e.V. auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

Hinweis: Ich kann innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Es gelten dabei die mit meinem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

Ich erkläre die Richtigkeit der oben gemachten Angaben mit meiner folgenden Unterschrift.

Ich verpflichte mich bei Änderungen der o.g. Daten dieses dem Verein unverzüglich mitzuteilen. Die im Internet unter der Adresse [www.travemuender-aerzteverein.de](http://www.travemuender-aerzteverein.de) veröffentlichte Satzung habe ich gelesen und zur Kenntnis genommen.

.....  
 Ort, Datum

.....  
 Unterschrift