Name: _____

Geburtsdatum: _____

Anschrift der Wohnung oder Praxis: _____

Postleitzahl, Ort: _____

E-Mail-Adresse: _____

Fax: _____

Kieler Ärzteverein
Herzog-Friedrich-Str. 49

24103 Kiel

Beitragseinstufung (Beitragsgruppe bitte auswählen bzw. markieren)

☒	Jahrsbeitrag für niedergelassene Ärzte, auch für nur in Privatpraxis niedergelassene Ärzte und auswärtig niedergelassene Ärzte, die vom Notdienstring Kiel versorgt werden.	**75,00 Euro**
☐	Jahresbeitrag für nicht leitende, beamtete, angestellte, tariflich bezahlte Assistenten und auswärtig niedergelassene Ärzte, die nicht vom Notdienstring Kiel versorgt werden.	**50,00 Euro**
☐	Jahresbeitrag für Assistenten und Ärzte, die nicht berufstätig sind.	**25,00 Euro**
☐	Jahresbeitrag für Ehepartner von Mitgliedern.	**25,00 Euro**
☐	Medizinstudenten der Christian-Albrechts-Universität zu Kiel. (Bitte Matrikelnummer und das voraussichtliche Studiumende angeben)	**0,00 Euro**

Auf Antrag kann der Beitrag erlassen werden. Veränderungen der Beitragsklasse bitte mitteilen.

Ich ermª chtige den Kieler rzteverein meine jª hrlich fª lligen Mitgliedsbeitrª ge von meinem unten angef¿hrten Konto mittels Lastschrift einzuziehen und bitte um Zusendung des Antrages f¿r das SEPA-Lastschriftmandat.

IBAN: _____

BIC: _____ Bank: _____

Ort, Datum _____

Unterschrift _____

DRUCKEN