

# Erklärung über den Beitritt zur Gesundheitsorganisation Lech-Ammersee e. V.



*Ihr Ärztenetz  
für die Region!*

Hiermit erkläre ich rechtsverbindlich meinen Beitritt zur  
„Gesundheitsorganisation Lech-Ammersee e. V.“

Titel, Vor- u. Nachname:			
Praxisadresse:			
Geburtsdatum:			
LANR:		BSNR:	
Telefon:		FAX:	
E-Mail:			
Homepage:			
Fachgebiet(e): Schwerpunkt(e):			
Belegarzt in folgendem Krankenhaus:			
Praxiskonstellation (bitte ankreuzen)	<input type="checkbox"/> Einzelpraxis <input type="checkbox"/> Praxisgemeinschaft <input type="checkbox"/> ÖBAG	<input type="checkbox"/> ÜBAG mit MVZ <input type="checkbox"/> ÜBAG ohne MVZ <input type="checkbox"/> MVZ	
Arztstatus (bitte ankreuzen)	<input type="checkbox"/> Zulassung → ggf. GP-Partner sind:  <input type="checkbox"/> Anstellung → in Praxis:		
Anteil der Anstellung auf KV-Sitz (1/4, 1/2, 3/4, ganz):		→ Beitrag und Stimmrecht richten sich nach der anteiligen Anstellung auf einen KV-Sitz	
Akkreditierter Lehrarzt/Lehrärztin zu Lehrzwecken von Medizinstudierenden	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	Zusammenarbeit mit der Universität _____	

Mit meiner Unterschrift erkenne ich die Satzung und Beitragsordnung als verbindlich an und erkläre, dass ich die Ziele des Vereins nach besten Kräften unterstützen werde.  
Die Datenschutzerklärung für Vereinsmitglieder habe ich erhalten. Ich willige in die Datenverarbeitung ein.

Ort, Datum

Unterschrift(en)

--	--

**BITTE AUCH DIE 2. SEITE AUSFÜLLEN!**

Seite 1

# **SEPA - Lastschriftmandat**



Name und Anschrift des Zahlungsempfängers

GESOLA e.V.  
Rudolf-Diesel-Str. 17  
86899 Landsberg am Lech

Gläubiger-Identifikationsnummer: DE40ZZZ00000909691

Die Mandatsreferenznummer teilen wir Ihnen gesondert mit.

## **SEPA-Lastschriftmandat**

Ich/wir ermächtigen GESOLA e.V. Zahlungen von meinem/unserem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich/wir mein/unser Kreditinstitut an, die von GESOLA e.V. auf mein/unser 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.

Name und Anschrift des Kontoinhabers

Name des Kreditinstituts

IBAN

BIC

Ort, Datum

Unterschrift(en)

--	--