



Adresse Bergheimer Weg 45
70839 Gerlingen

E-Mail info@lvpr-bw.de

Web www.lvpr-bw.de

BEITRITTSERKLÄRUNG FÜR ÄRZTE, ÜBUNGSLEITER, PATIENTEN

Hiermit erkläre ich meinen Beitritt in den Landesverband für Prävention und Rehabilitation von Herz-Kreislauferkrankungen Baden-Württemberg e.V.

Eintritt ab:

Vorname, Familienname

Geburtsdatum

PLZ, Wohnort, Straße

E-Mail

Telefon privat

Telefon dienstlich

Arzt

UL

Patient

Sonstige

Art und Ort der Tätigkeit

Ausbildung (genaue Bezeichnung)

Hiermit ermächtige ich den LVPR widerruflich, den Jahresbeitrag über 25€ zu Lasten meines Kontos einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die vom LVPR e.V. auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

Bank

IBAN

BIC

Ort und Datum

Unterschrift des Kontoinhabers