

## Ärzte-Netz Bremen-West e.V.

Adelenstraße 66a, 28239 Bremen

---

### Aufnahmeantrag für das Ärzte-Netz Bremen-West e.V.

Name: \_\_\_\_\_

Anschrift: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Tel. / Fax: \_\_\_\_\_

e-mail: \_\_\_\_\_

Bremen, den \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Unterschrift

---

### Einzugsermächtigung

Hiermit ermächtige ich das Ärzte-Netz Bremen-West e.V. bis auf Widerruf, Mitgliedsbeiträge und sonstige festgesetzte Beiträge von folgendem Konto einzuziehen:

Name des Kontoinhabers: \_\_\_\_\_

Konto-Nr.: \_\_\_\_\_

Bankleitzahl: \_\_\_\_\_

Institut: \_\_\_\_\_

Bremen, den \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Unterschrift