



## Antragsformular

An das  
ÄNEIS e.V. – Ärztenetz in der Selbstzahlermedizin  
Bundesplatz 4  
10715 Berlin

Hiermit beantrage ich die

- ordentliche Mitgliedschaft als
  - ordentliches Mitglied
  - nicht berufstätiges ordentliches Mitglied
  - Ehrenmitglied
  
- außerordentliche Mitgliedschaft als
  - korporatives Mitglied
  - weiteres außerordentliches Mitglied (siehe Beitragsordnung)
  - förderndes Mitglied

im Ärztenetz in der Selbstzahlermedizin.

---

(Name, Vorname, Titel)

---

(Fachbezeichnung)

---

(Straße, Hausnummer)

---

(PLZ, Stadt)

---

(Telefon)

---

(Fax)

---

(Email)



Den Jahresbeitrag entnehmen Sie bitte der Beitragsordnung.

Gläubiger-Identifikationsnummer: Die Gläubiger-ID-Nummer wird Ihnen noch mitgeteilt.

SEPA-Lastschriftmandat:

Ich ermächtige den ÄNEIS e. V, Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die vom ÄNEIS 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.

---

(Kreditinstitut (Name und BIC))

---

(IBAN)

---

(Bankleitzahl)

---

(Kontonummer)

Die Mandatsreferenz wird separat mitgeteilt.

Ich möchte einen Newsletter erhalten.

---

(Datum, Ort, Unterschrift)

---

(Stempel)

Bitte per Fax an: 030 – 854 01 483, E-Mail: [info@aeneis-ev.de](mailto:info@aeneis-ev.de) oder per Post.