



Bitte mit Schreibmaschine
oder in Druckschrift ausfüllen

An
den Sportärztebund Niedersachsen e.V.
Postfach 110565
30860 Laatzen

Änderung

Hiermit teile ich folgende Änderungen mit:

Name: _____ Vorname: _____

geboren am: _____

AiP / Approbation am _____ Promotion: ja / nein

Arzt für : _____ seit: _____

Anschrift (privat) Straße, Haus -Nr. _____

Postleitzahl, Ort: _____

Adresse (dienstlich): _____

Tel.: privat: _____ dienstlich: _____

Fax : privat: _____ dienstlich: _____

e-mail privat: _____ dienstlich: _____

_____, _____, _____, _____
Ort Datum Unterschrift Stempel

Ermächtigung zum Einzug der Mitgliedsbeiträge mittels Lastschrift//Kontoänderung

Ich ermächtige den Sportärztebund Niedersachsen e.V. bis auf Widerruf,
die Mitgliedsbeiträge mittels Lastschrift von meinem Konto einzuziehen:

Kontonummer: _____

Bank: _____

Bankleitzahl: _____

_____, _____, _____
Ort Datum Unterschrift