

Versorgungswerk
 der Landesärztekammer Hessen
 Mitgliederservice
 Mittlerer Hasenpfad 25
 60598 Frankfurt am Main

Erklärung zur Einmalzahlung gemäß § 11 a der Satzung

1.	Persönliche Angaben:	
	Mitgliedsnummer:	
	Name:	Vorname:
	Geburtstag:	Anschrift:

2.	Einmalzahlung:	
<input type="checkbox"/>	Ich leiste eine Einmalzahlung in Höhe von EUR _____ Bei Einmalzahlungen geben Sie bitte folgenden Verwendungszweck an: „Einmalzahlung Jahr, Mitgliedsnummer, Name“ und überweisen auf unser Bankkonto Deutsche Apotheker- und Ärztebank eG, IBAN: DE94 3006 0601 0001 5876 17, BIC: DAAEDEDXXX.	

_____	den,	_____	_____
(Ort)		(Datum)	(Unterschrift)

