

Versorgungswerk  
 der Landesärztekammer Hessen  
 Mitgliederservice  
 Hanauer Landstraße 150  
 60314 Frankfurt am Main

**Erklärung zur Einmalzahlung gemäß § 11 a der Satzung**

<b>1.</b>	<b>Persönliche Angaben:</b>	
	Mitgliedsnummer:	
	Name:	Vorname:
	Geburtstag:	Anschrift:

<b>2.</b>	<b>Einmalzahlung:</b>	
<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)

