

**LANDESVERBAND TIERÄRZTE IM ÖFFENTLICHEN DIENST**

MECKLENBURG-VORPOMMERN

**Beitrittserklärung**

Hiermit erkläre ich meinen Beitritt zum Landesverband der Tierärzte im öffentlichen Dienst Mecklenburg-Vorpommern.

Mit meinem Beitritt erkenne ich die Satzung des Verbandes in der durch die Mitgliederversammlung am 14.03.2003 beschlossenen Fassung an.

Titel : .....

Name : .....

Vorname : .....

Geburtsdatum: : .....

Funktion : .....

Angestellter/ Beamter/ Rentner: .....

Dienststelle : .....

Telefon dienstlich : .....

Privatanschrift : .....

Telefon privat : .....

.....  
Ort, Datum

.....  
Unterschrift

*Hinweis:*

*Zur Erleichterung der Beitragszahlung besteht die Möglichkeit, widerruflich am Lastschriftinzugsverfahren teilzunehmen.*

✂ \_\_\_\_\_

Hiermit ermächtige ich den Landesverband der Tierärzte im öffentlichen Dienst Mecklenburg-Vorpommern, bis auf schriftlichen Widerruf den Mitgliedsbeitrag gemäß Satzung des Verbandes von meinem Konto

Bankleitzahl:.....

Kreditinstitut:.....

Kontonummer: .....  
abzubuchen.

.....  
Ort, Datum

.....  
Unterschrift