

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: :

Privatanschrift :

Telefon privat :

Angestellter Beamter Rentner :

Dienststelle :

Funktion :

Telefon dienstlich :

Mail: :

.....
Ort, Datum

.....
Unterschrift

Hinweis:
Zur Erleichterung der Beitragszahlung besteht die Möglichkeit, widerruflich am Lastschrifteinzugsverfahren 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

Kontoinhaber:

IBAN:.....

BIC :.....

Kreditinstitut.....
abzubuchen.

.....
Ort, Datum

.....
Unterschrift