

Mitglieds-Nr.:

Versorgungswerk der Ärztekammer Schleswig-Holstein Postfach 11 06 23781 Bad Segeberg

Antrag auf freiwillige Fortsetzung der Mitgliedschaft gemäß § 13 Absatz 1 der Satzung

Meine Personalien															
Name:	Vorname:														
Anschrift:															
Ich bin nicht Pflichtmit möchte meine Mitglied folgender Höhe zahlen:	dschaft im V														
	n Mindestbei	_	Höhe	von	1/10 (des	Reg	elb	eitra	gs					
	n Regelbeitra en Beitrag ir	_	von											_	
	en Beitrag il ser Beitrag darf d			g nicht	unters	chreit	ten u	nd d	en Reg	elbeit	rag n	icht ül	bersch	€ reiten	
muss spätestens bis zu gelten soll. Bitte beach Regelbeitrag nicht über	ten Sie, dass	der B													
Sie können Ihre freiwill	ige Mitglied:	schaft	mit eiı	ner Fr	rist vo	n 4	Wo	che	n zuı	n Ja	hres	end	e kür	ndige	en.
SEPA-Lastschriftmanda	ıt														
Hiermit ermächtige ich einzuziehen: Kontoinhaber:	Sie, Zahlung	gen voi	n mein	iem K	onto	bis	auf	Wid	derru	f mi	ttels	Las	tsch	rift	
Geldinstitut															
				<u> </u>											
IBAN:	D E														
BIC (8- oder 11-stellig)															
laben Sie Fragen? Wir h	elfen Ihnen	gerne.	Unter	der F	Rufnu	mm	er ()455	51 803	3-90	0 sir	nd w	ir füı	Sie	da.
J	,	_													
Ort, Datum						Unterschrift									