



Änderungsmitteilung

Hiermit teile ich Ihnen folgende Änderungen meiner persönlichen Daten mit:

Titel, Name, Vorname _____

Geburtsdatum _____

Anschrift (privat) _____

Telefon/Fax (privat) _____

Anschrift (Praxis) _____

Telefon / Fax (Praxis) _____

Email _____

Fachärztin / Facharzt Allgemeinmedizin Internist anderer: _____

Rentner/in _____

SEPA-Lastschriftmandat

Ich ermächtige den Hausärzterverband Mecklenburg-Vorpommern, den laufenden Mitgliedsbeitrag (aktuelle Beitragsordnung siehe Rückseite) vom nachstehenden Konto einzuziehen.

Bankinstitut _____

IBAN _____

BIC _____

Diese Erklärung gilt bis zum schriftlichen Widerruf. Änderungen meiner persönlichen Daten teile ich dem Hausärzterverband Mecklenburg-Vorpommern unverzüglich mit.

Die Änderungen gelten ab: _____

Datum

Unterschrift / Stempel

Bitte senden Sie diesen Antrag an:

Hausärzterverband Mecklenburg-Vorpommern
Geschäftsstelle
Neumühler Straße 22
19057 Schwerin