

Gesundheitsregion Bamberg e.V.

Beitrittserklärung

Mitglied
(Unternehmen/Institution/Person)

bei Institutionen vertreten durch
(Name/Vorname)

Strasse

PLZ/Ort

Telefon

Fax

E-Mail

Bamberg, den **Unterschrift**

- Natürliche Person** 120.- €
- Freie Berufe insbes. Ärzte, Personenvereinigungen, Juristische Personen mit bis zu 10 Beschäftigten** 120.- €
- Freie Berufe insbes. Ärzte, Personenvereinigungen, Juristische Personen und Kommunen über 10 Beschäftigten** 240.- €

Ich ermächtige den Verein den fälligen Mitgliedsbeitrag von meinem

Konto Nr.

Bank

BLZ

durch Lastschrift einzuziehen

Bamberg, den **Unterschrift**