

LANDESVERBAND DER 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 gültigen Fassung an. **(Mitgliedsbeitrag für aktive Mitglieder 50,00 €/Jahr; Rentner beitragsfrei)**

Persönliche Daten

Titel:

Name:

Vorname:

Geburtsdatum:

Arbeitsverhältnis

Angestellter

Beamter

Rentner

Sonstiges

Kontaktadresse privat

Straße/ Hausnummer privat:

Postleitzahl:

Wohnort:

Telefon privat:

Email privat:

Kontaktadresse dienstlich

Dienststelle:

Funktion:

Telefon dienstlich:

Email dienstlich:

Ort, Datum

Unterschrift

✂

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

Bankverbindung: RaiBa Seenplatte e.G., IBAN: DE28 1506 1618 0001 6558 17, BIC GENODEFWRN

Stand 02/2024