

An den Vorstand des
Hamburger Sportärztebundes e.V.
p/Adr. Herrn Prof. Dr. med. Klaus-Michael Braumann
Mollerstraße 10
20148 Hamburg

Telefon: 42838 3599
Fax: 42838 2646

Hiermit erkläre ich meinen Beitritt zum
HAMBURGER SPORTÄRZTEBUND e.V.

NAME..... Vorname.....

Geb. am: Telefon:

Anschrift:.....

.....

Tätig als..... Fachgebiet:

Approbation am:..... wo ?.....

Wo früher oder jetzt sportlich aktiv oder in der Sportverwaltung tätig?

.....

Sportart(en).....

Wird bereits eine sportärztliche Tätigkeit ausgeübt ? (JA) (NEIN)

ggf. welche ?.....

Sportarzt-Diplom (JA) (NEIN) (nicht zutreffendes bitte streichen)

Zusatzbezeichnung

SPORTMEDIZIN (JA) (NEIN) (nicht zutreffendes bitte streichen)

> > > > > Bitte beantworten Sie ALLE Fragen < < < < <

.....
Ort / Datum

.....
Unterschrift

Bankverbindung : Hamburger Sparkasse, BLZ 200 505 50, Kto. 1034.214070

EINZUGSERMÄCHTIGUNG

Hiermit ermächtige ich Sie widerruflich, die von mir zu entrichtenden Beitrittszahlungen bei Fälligkeit zu Lasten meines Kontos:

Bei der

BLZ..... Konto-Nr.

mittels Lastschrift einzuziehen.

Wenn mein Konto nicht die erforderliche Deckung aufweist, besteht seitens des kon-
toführenden Kreditinstitutes keine Verpflichtung zur Einlösung.

Name..... Vorname

PLZ/Wohnort.....

Straße.....

.....
Datum / Unterschrift

Der Betrag von € 50,-- wird in einer Summe einmal jährlich eingezogen.

Bei Konten- oder Adressenänderungen bitten wir um umgehende Mitteilung.

Lt. Beschluß der Mitgliederversammlung des Hamburger Sportärztesbundes e.V. von 1982 ist es nur möglich, neue Mitglieder aufzunehmen, die am Bankeinzugsermächtigungsverfahren teilnehmen.

Wir bitten um Verständnis für diese Maßnahme. Im Interesse aller Mitglieder möchten wir den Verwaltungsaufwand möglichst gering halten.

Kündigungsfrist: Spätestens am 30.09. des laufenden Jahres zum Jahresende.

Prof. Dr. med. K.-M. Braumann
(1. Vorsitzender)