

**ARBEITSGEMEINSCHAFT STEUERBERATENDER FACHBERATER
HEILBERUFE/GESUNDHEITSWESEN E.V.**

Beitrittserklärung

Hiermit erkläre ich

Nachname/Vorname
Titel
Straße
PLZ/ Ort
Telefon
Fax
Email
Einzugserlaubnis für Mitgliederbeitrag
Kontonummer
Kreditinstitut
BLZ

meinen Beitritt zur

**ARBEITSGEMEINSCHAFT STEUERBERATENDER FACHBERATER
HEILBERUFE/GESUNDHEITSWESEN E.V.**

Ich habe die Satzung und die Beitragsordnung zur Kenntnis genommen und akzeptiere sie.

Eine Ausfertigung der Satzung liegt mir vor.

Ort / Datum _____

Unterschrift _____