



Sportärztebund Niedersachsen e.V.
SÄBN in der Medizinischen Hochschule Hannover
OE 4250
Carl-Neuberg-Straße 1
30625 Hannover

Änderung

Hiermit teile ich folgende Änderungen mit:

Name: _____ Vorname: _____

geboren am: _____

AiP / Approbation am _____ Promotion: ja / nein

Arzt für : _____ seit: _____

Anschrift (privat) Straße, Haus -Nr. _____

Postleitzahl, Ort: _____

Adresse (dienstlich): _____

Tel.: privat: _____ dienstlich: _____

Fax : privat: _____ dienstlich: _____

e-mail privat: _____ dienstlich: _____

_____, _____, _____, _____
Ort Datum Unterschrift Stempel

Ermächtigung zum Einzug der Mitgliedsbeiträge mittels Lastschrift//Kontoänderung

Die zwei dazu benötigten Formulare (SEPA) habe ich ausgefüllt und beigelegt.

_____, den _____
Ort Datum

Unterschrift