

Assoziierter Arzt der Deutschen Leberstiftung  
Rückmeldebogen

Deutsche  
Leberstiftung

An die  
Deutsche Leberstiftung  
Geschäftsstelle  
Carl-Neuberg-Straße 1  
30625 Hannover



☐ Ja, ich bin ärztlich tätig und möchte „Assoziierter Arzt der Deutschen Leberstiftung“ werden:

Titel \_\_\_\_\_  
Vorname/Name \_\_\_\_\_  
Klinik/MVZ/Praxis \_\_\_\_\_  
Abteilung \_\_\_\_\_  
Straße/Hausnummer \_\_\_\_\_  
PLZ/Ort \_\_\_\_\_  
Website \_\_\_\_\_  
Geburtsdatum \_\_\_\_\_  
E-Mail \_\_\_\_\_

Ich bin bereit, den Jahresbeitrag in unten genannter, ausgewählter Höhe zu zahlen.

- ☐ Angestellter Arzt (Klinik/MVZ/Praxis) (jährlicher Beitrag: € 100,-)  
☐ Niedergelassener Arzt (jährlicher Beitrag: € 200,-)  
☐ Chefarzt/Klinikleiter (jährlicher Beitrag: € 300,-)

[!] Meinen Lebenslauf füge ich bei.  
(Ohne Lebenslauf kann dieser Antrag leider nicht bearbeitet werden!)

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum                      Unterschrift

Wir bitten Sie, uns eine Einzugsermächtigung zu erteilen (siehe Rückseite). Falls Sie dies nicht möchten, überweisen Sie Ihren Beitrag bitte an die Deutsche Leberstiftung, IBAN: DE22 3607 0050 0108 9770 00, BIC: DEUTDE33XXX.

Bitte beachten Sie Seite 2

|              |       |
|--------------|-------|
| Kontoinhaber | <hr/> |
| Anschrift    | <hr/> |
| IBAN         | <hr/> |
| BIC          | <hr/> |

|            |              |
|------------|--------------|
| Ort, Datum | Unterschrift |
|------------|--------------|

|            |              |
|------------|--------------|
| Ort, Datum | Unterschrift |
|------------|--------------|

|            |              |
|------------|--------------|
| Ort, Datum | Unterschrift |
|------------|--------------|