

## Beitrittserklärung

Hiermit erkläre ich meinen Beitritt zur **Arbeitsgemeinschaft zytologisch tätiger Ärzte in Deutschland e. V.**

Name \_\_\_\_\_ Vorname \_\_\_\_\_

Titel \_\_\_\_\_

Straße \_\_\_\_\_

PLZ, Ort/Postfach \_\_\_\_\_

Geburtsdatum \_\_\_\_\_ Bundesland \_\_\_\_\_

Telefon \_\_\_\_\_ Fax \_\_\_\_\_

E-Mail-Adresse \_\_\_\_\_ KV-Zugehörigkeit \_\_\_\_\_

*Der Jahresmitgliedsbeitrag beträgt 350,-- €. Es ist möglich eine Beitragsminderung auf 260,-- € zu beantragen. Bei zytologischen Einrichtungen mit mehreren Mitgliedern beträgt der Beitrag für das 1. Mitglied 350,-- €, für jedes weitere Mitglied 260,-- € pro Jahr. Bei zytologischen Einrichtungen mit weniger als 10.000 GKV-Fällen pro Jahr beträgt der Beitrag 260,-- €. Zum Nachweis senden Sie bitte die Kopie einer aktuellen KV - Abrechnung Ihrer zytologischen und molekularbiologischen Untersuchungsleistungen aus der Frequenztabelle Ihrer KV an die Geschäftsstelle der AZÄD. In den Beitrittsmonaten Januar - März - 100% Beitragszahlung, April - September - 50% Beitragszahlung, Oktober - Dezember keine Beitragszahlung. (Das gilt nur für das Beitrittsjahr.)*

\_\_\_\_\_  
Ort/Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift/Stempel

## Einzugsermächtigung

Hiermit bevollmächtige ich die von mir zu entrichtenden Beiträge bei Fälligkeit zu Lasten meines Kontos,

BLZ \_\_\_\_\_ Bank \_\_\_\_\_

Konto-Nr \_\_\_\_\_ IBAN \_\_\_\_\_

einzuziehen. Unsere Gläubiger-Identifikationsnummer: DE68ZZZ00000920439.

Gleichzeitig ermächtige ich die oben genannte Bank, mein Konto mit dem angeforderten Betrag zu belasten. Für entsprechende Deckung werde ich Sorge tragen.

Diese Erklärung gilt solange sie nicht gegenüber der Arbeitsgemeinschaft zytologisch tätiger Ärzte in Deutschland e. V. schriftlich widerrufen wird.

\_\_\_\_\_  
Ort/Datum

\_\_\_\_\_  
rechtsgültige Unterschrift des Kontoinhabers

\_\_\_\_\_  
Stempel

☐ Ich bin nicht am Einzugsverfahren interessiert.