



Antrag

auf Mitgliedschaft in die Chefarztkonferenz Psychosomatisch-Psychotherapeutischer
Krankenhäuser und Abteilungen e. V. – CPKA

Akademischer Grad: _____
Berufsbezeichnung: _____
Name: _____ Vorname: _____
Klinik: _____
Abteilung: _____
Straße: _____
PLZ/Ort: _____
Telefon (mit Vorwahl): _____
Telefax: _____
E-Mail: _____
Homepage Klinik: _____
Geburtsdatum: _____

Bankverbindung - Einzugsverfahren (SEPA-Lastschrift)

IBAN:	_____
BIC:	_____
Bank:	_____

Jahresbeitrag: 115,00 EUR

Erklärung: Für die Dauer meiner Mitgliedschaft ermächtige ich mit meiner Unterschrift die CPKA, den Jahresbeitrag von 115,00 EUR von meinem Konto einzuziehen per Einzugsverfahren (SEPA-Lastschrift).

Ort, Datum

Unterschrift