

## Antrag auf Mitgliedschaft im Dt. Basketballärzte e.V.

Hiermit beantrage ich die Aufnahme in den Verein „Deutsche Basketballärzte e.V.“

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

\_\_\_\_\_  
Geburtsdatum

\_\_\_\_\_  
Anschrift

\_\_\_\_\_  
PLZ und Ort

\_\_\_\_\_  
Telefon, privat

\_\_\_\_\_  
Telefon, geschäftlich

\_\_\_\_\_  
Mobiltelefon

\_\_\_\_\_  
E-Mailadresse

\_\_\_\_\_  
Ihre med. Fachrichtung

\_\_\_\_\_  
Betreuer Verein

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

### Bankeinzug:

Ich bin einverstanden, dass die Mitgliedsbeiträge (aktuell 50,-€/Jahr) von folgendem Konto abgebucht werden:

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

\_\_\_\_\_  
SEPA

\_\_\_\_\_  
Bankinstitut

\_\_\_\_\_  
BIC

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

Senden Sie den vollständig ausgefüllten Mitgliedsantrag bitte per  
Fax an **05431 9030019**, per mail an **info@basketdocs.de**  
oder per Post an Dr. Grotepass, Danzigerstr. 2, 49610 Quackenbrück