

Vorname

Nachname: _____

Anschrift: _____

PLZ/Ort: _____

Ort, den Datum: _____

Ärzteverein Gelsenkirchen e.V.
c/o KVWL / Ärztekammer WL
Lübecker Straße 17-19
45889 Gelsenkirchen

Kündigung meiner Mitgliedschaft

Sehr geehrte/r Vorsitzende/r,

unter Einhaltung der vertraglich vereinbarten Kündigungsfrist, kündige ich hiermit meine Mitgliedschaft im Ärzteverein Gelsenkirchen e.V. zum _____.

Zeitgleich ziehe ich hiermit die Ihnen erteilte Ermächtigung zum Einzug der Mitgliedsbeiträge zurück.

Ich bitte um eine schriftliche Bestätigung.

Mit freundlichen Grüßen

Unterschrift