



## Beitrittserklärung

Hiermit erkläre ich ab \_\_\_\_\_ meine Mitgliedschaft  
im Sportärzteverband Saar e. V. im Deutschen Sportärztebund.

Vor- und Zuname: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Anschrift: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_

E-Mail: \_\_\_\_\_

Fachrichtung: \_\_\_\_\_

Datum: \_\_\_\_\_ Unterschrift: \_\_\_\_\_

(Stempel)

Jahresbeitrag: EUR 35,79

**Konto des Sportärzteverbandes Saar:**  
Deutsche Apotheker- und Ärztebank eG  
Konto-Nr. 000 431 39 76  
BLZ 590 906 26  
Puccinistraße 2, 66006 Saarbrücken  
IBAN: DE52 3006 0601 0004 3139 76  
BIC: DAAEDED