



Aufnahmeantrag

Ich möchte Mitglied der Deutsch-Syrischen Ärztegesellschaft e.V. werden. Meine Daten werden nicht weitergegeben und nur zum Zwecke der Mitgliederverwaltung seitens der Ärztegesellschaft genutzt.

Anrede: _____

Vorname: _____

Nachname: _____

Geburtsdatum: _____

Privatadresse: _____

Tel. /Fax: _____

E-Mail: _____

Dienstadresse: _____

Tel. / Fax: _____

E-Mail: _____

Der Mitgliedsbeitrag beträgt 40 Euro pro Person und Jahr.

Die Deutsch-Syrische Ärztegesellschaft freut sich darüber hinaus über jede Spende.

Spende jährlich.....Euro

Spende einmalig.....Euro

Einzugsermächtigung

Ich ermächtige (wir ermächtigen) die Deutsch-Syrische Ärztegesellschaft e.V., Zahlungen von meinem (unserem) Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein (weisen wir unser) Kreditinstitut an, die von der Deutsch-Syrischen Ärztegesellschaft e.V. auf mein (unser) Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

Hinweis: Ich kann (wir können) innerhalb von 8 Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Es gelten dabei die mit meinem (unserem) Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

Kontoinhaber: _____

IBAN: _____

BIC: _____

Kreditinstitut: _____

Ort, Datum

Unterschrift

Mandats-Referenz-Nr. (wird von der Ärztegesellschaft eingetragen).