

Aufnahmeantrag (personengebunden, keine Praxismitgliedschaft)

Mitgliedsnummer*: _____

Ich beantrage die Basis-Mitgliedschaft im Fortbildungsverein Diagnosticum e.V.

Name: _____ Vorname: _____

Straße: _____ PLZ/Wohnort: _____

geboren am: _____ Telefonnr.: _____

eMail-Adresse: _____

Eintrittsdatum: _____

_____, den _____
(Ort/Datum)_____
(Unterschrift der/des Beitretenden)

Jahresbeitrag gem. Beitragsordnung: 10,00 €

SEPA-Lastschriftmandat

Gläubiger-ID: DE88ZZZ00001479284

für wiederkehrende Zahlungen

Mandatsreferenz*: _____

Ich/Wir ermächtige(n) den Fortbildungsverein Diagnosticum e.V. Zahlungen von meinem/unserem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise(n) ich/wir mein/unser Kreditinstitut an, die vom Fortbildungsverein Diagnosticum e.V. auf mein/unser Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

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

Kontoinhaber (nur auszufüllen, wenn von o.g. Mitgliedsdaten abweichend) / Bankverbindung:

Name: _____ Vorname: _____

Straße: _____ PLZ/Wohnort: _____

Bankname: _____ BIC: _____

IBAN: _____

Der Beitrag wird jährlich zum 01.04. oder – falls dieser auf ein Wochenende bzw. auf einen Feiertag fallen sollte – dem darauf folgenden Bankarbeitstag von o.g. Konto abgebucht. Die Beitragshöhe ergibt sich aus der jeweils gültigen Beitragsordnung.
Die Austrittserklärung muss schriftlich 6 Monate zum Jahresende erfolgen.

_____, den _____
(Ort/Datum)_____
(Unterschrift des Kontoinhabers
unbedingt erforderlich)

* Felder werden vom Diagnosticum e.V. ausgefüllt

Nr.: 2017-006-S