



Aufnahmeantrag

Die Mitgliedschaft wird beantragt von:

Titel, Name, Vorname _____

geboren am _____

Semester _____ Approbation seit: _____

Anschrift privat _____

Telefon privat _____

Anschrift Praxis _____

Telefon Praxis _____

Email _____

Beitragsgruppe 1 2 3 4 5 6 7 8

Zugang zum Mitgliederbereich erhalten Ja | Nein

Mich in die Mitgliederliste im Mitgliederbereich eintragen (sichtbar für andere Mitglieder) Ja | Nein

Ort/Datum

Stempel/Unterschrift

SEPA-Lastschriftmandat:

Gläubigeridentifikationsnummer: **DE48ZZZ00002144551**

Ich ermächtige den Verein Akademie – Mundgesundheits – International e.V., den Mitgliedsbeitrag jeweils jährlich zum 15.01. einzuziehen. Fällt der Fälligkeitstag auf ein Wochenende oder einen Feiertag verschiebt sich der Fälligkeitstag auf den 1. folgenden Werktag. Zugleich weise/n ich/wir mein/unser Kreditinstitut an, die vom Verein auf mein Konto gezogene Lastschrift einzulösen.

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

BIC: _____

IBAN: _____

Ort/Datum

Stempel/Unterschrift