

Deutsche Forschungsgruppe
Pneumologie in der Primärversorgung e. V.
c/o med info GmbH
Hainenbachstraße 25
89522 Heidenheim

per Fax an 07321 94691-40

Für Rückfragen 07321 94691-0

Mitgliedsantrag

Ich möchte Mitglied in der Deutschen Forschungsgruppe Pneumologie in der Primärversorgung werden. Die Satzung und die Beitragsordnung habe ich zur Kenntnis genommen und erkenne diese an.

Dienstanschrift
Titel, Vorname, Name: _____
Straße, Nr.: _____
PLZ, Ort: _____
E-Mail: _____
Homepage: _____
Tel.: _____ Fax: _____
Geb. Datum: _____
Privatanschrift
Straße, Nr.: _____
PLZ, Ort: _____
E-Mail: _____
Tel.: _____ Fax: _____
Beitragsgruppe (bitte ankreuzen)
☐ Ordentliches Mitglied (natürliche Personen) ☐ Außerordentliches Mitglied (juristische Personen/Organisationen)

SEPA-Lastschriftmandat	
Titel, Vorname, Name: _____	
Straße, Nr.: _____	
PLZ, Ort: _____	
Kreditinstitut: _____	
IBAN: DE ____ ____ ____ ____ ____ ____	
BIC: _____	

Gläubiger-Identifikationsnummer: **DE33ZZZ00001742271**

Hiermit ermächtige ich die Deutsche Forschungsgruppe Pneumologie in der Primärversorgung die wiederkehrenden Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von der Deutsche Forschungsgruppe Pneumologie in der Primärversorgung 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.

Ort	Datum	Unterschrift
-----	-------	--------------