

Charité Universitätsmedizin
Klinik für Gynäkologie
c/o Geschäftsstelle Arbeitsgemeinschaft Endometriose (AGEM)
zH Vorsitzende Prof. Dr. S. Mechsner

Augustenburger Platz 1
13353 Berlin

Anmeldung

Ich beantrage hiermit die Aufnahme in den Verein "**Arbeitsgemeinschaft für Endometriose in der Deutschen Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe e.V.**"

Anrede _____
Titel _____
Name _____
Vorname _____
Geburtsdatum _____

Dienstliche Anschrift

Krankenhaus _____
Abteilung _____
Straße und Hausnummer _____
PLZ und Ort _____
Website der Klinik _____
E-Mail (dienstlich) _____
Telefon _____
Fax _____

Private Anschrift

Straße Hausnummer (privat) _____
PLZ und Ort (privat) _____
E-Mail (privat) _____
Mitgliedsnummer DGGG _____

Mitglieder der Arbeitsgemeinschaft Endometriose e.V. müssen Mitglieder in der DGGG e. V. sein, dies ist eine Voraussetzung für eine Mitgliedschaft in der Arbeitsgemeinschaft Endometriose e.V..

Hiermit beantrage ich die Mitgliedschaft in der Arbeitsgemeinschaft Endometriose e.V..
Ich erkläre mich mit der Zahlung des Mitgliedsbeitrages durch Abbuchung und mit der Speicherung, Verarbeitung und Übermittlung dieser Daten gemäß BDSG im Rahmen der satzungsgemäßen Aufgaben der AGEM einverstanden.

Ort, Datum

Unterschrift

Einzugsermächtigung/ SEPA-Lastschriftmandat

Gläubiger-Identifikationsnummer: DE 51 ZZZ00002297757

Mandatsreferenz: Mitgliedsnummer _____

Ich / wir ermächtige/n die AGEM Zahlungen in Höhe von jährlich 80,- € von meinem/unserem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die vom der AGEM auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen. Hinweis: Ich kann innerhalb von 8 Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Es gelten dabei die mit meinem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

Zahlungsart: wiederkehrende

Zahlung

Kontoinhaber _____

IBAN _____

BIC _____

Ort, Datum

Unterschrift