

Antrag Mitgliedschaft

Hiermit beantrage ich die Mitgliedschaft im „Arbeitskreis Urologische Onkologie Thüringen e. V.“

Name: _____

Vorname: _____

Titel: _____

E-Mail: _____

Telefon: _____

Ich bin Arzt/Ärztin in Weiterbildung.
Erlangung Facharzt voraussichtlich _____ (Monat/Jahr).

Adresse Institution/Praxis

Adresse Privat

Ort, Datum, Unterschrift

SEPA-Lastschriftmandat

Ich ermächtige den Arbeitskreis Urologische Onkologie Thüringen e. V. den fälligen Jahresbeitrag (aktuell 15€) mittels Lastschrift von meinem Konto einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die vom Arbeitskreis Urologische Onkologie e. V. auf mein Konto gezogene Lastschriften einzulösen.

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

Gläubiger Identifikationsnummer: DE57ZZZ00001348795

Mandatsreferenz: _____

Name, Vorname (Kontoinhaber/in): _____

Kreditinstitut: _____

IBAN: _____

Ort, Datum, Unterschrift Kontoinhaber/in