

Antragsformular

Hiermit beantrage ich meine Aufnahme in den Verein „Die Augenchirurginnen e.V.“

mit einem Jahresbeitrag **€ 100,--**

Ohne SEPA-Lastschriftverfahren erhöht sich der Jahresbeitrag auf € 130,--

Name:	Vorname:

Akad. Titel:	Geburtsdatum:

Dienstanschrift:

Klinik/Praxis/Dienststelle:			
_____	_____	_____	_____
Abteilung:	Tel.:	Fax:	E-Mail:

Straße:	PLZ:	Ort:	

Privatanschrift:

_____	_____	_____
Tel.:	Fax:	E-Mail:

Straße:	PLZ:	Ort:

Bevorzugte Korrespondenzadresse: dienstlich privat

Mit meiner Unterschrift erteile ich dem Verein „Die Augenchirurginnen e.V.“ die Ermächtigung, Beiträge auf dem Wege des SEPA-Lastschriftenverfahrens widerruflich von folgendem Konto einzuziehen:

Konto-Inhaber:	Kreditinstitut:

BIC/SWIFT:	IBAN:

Ort, Datum:	Unterschrift:

Bitte faxen oder mailen an:

Die Augenchirurginnen e.V. // Fax.: 0211-593560 // kontakt@augenchirurginnen.de
c/o Congress-Organisation Gerling GmbH // Werftstr. 23 // 40594 Düsseldorf

