

## Aufnahmeantrag für Fördermitglieder

Hiermit beantrage ich die Mitgliedschaft für die **Interdisziplinäre Vereinigung für Schmerztherapie Berlin** :

Name, Vorname: \_\_\_\_\_

geb. am: \_\_\_\_\_ Titel: \_\_\_\_\_ Beruf \_\_\_\_\_

Facharzt für: \_\_\_\_\_

Bitte ankreuzen: Schriftwechsel bitte an  Dienstanschrift  Privatanschrift

Adresse **dienstlich**: Praxis / Klinik : \_\_\_\_\_

Straße: \_\_\_\_\_

PLZ: \_\_\_\_\_ ORT: \_\_\_\_\_ Tel.: \_\_\_\_\_

Fax: \_\_\_\_\_ e-mail: \_\_\_\_\_

Adresse **privat**:

Straße: \_\_\_\_\_

PLZ: \_\_\_\_\_ ORT: \_\_\_\_\_ Tel.: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift / Stempel

Der Mitgliedsbeitrag für Fördermitglieder beträgt € 500 pro Jahr.  
Die Teilnahme am Einzugsverfahren ist obligatorisch.

### Ermächtigung zum Einzug der Mitgliedsbeiträge im Lastschriftverfahren:

Hiermit ermächtige ich Sie widerruflich, die von mir als Mitgliedsbeitrag jährlich zu leistenden Zahlungen bei Fälligkeit im Lastschriftverfahren von meinem Konto einzuziehen.

Kontoinhaber: \_\_\_\_\_

Kreditinstitut: \_\_\_\_\_

BLZ: \_\_\_\_\_ Konto-Nr.: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift / Stempel