

Aufnahmeantrag für ordentliche Mitglieder

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 ordentliche Mitglieder beträgt € 60 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