Beitrittserklärung

Ich beantrage die Mitgliedschaft in der Arbeitsgemeinschaft für Zervixpathologie und Kolposkopie e. V. in der Deutschen Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe.

Die Überweisung des Jahresbeitrages, der z.Zt. 50,- € beträgt, erfolgt auf das Konto HypoVereinsbank Kempten, Konto-Nr.: 2099900, BLZ: 73320073,
BIC: HYVEDEMM428, IBAN: DE55 73320073 0002099900

Ich möchte von der beiliegenden Einzugsermächtigung des Mitgliedsbeitrages Gebrauch machen:

Ja ☐ Nein ☐

Name: _____ Vorname: _____

Titel: _____ Geburtstag: _____

Anschrift: _____

_____

Telefon: _____ Datum: _____

E-mail: _____

Bitte in Blockschrift oder Stempel!

_____
Unterschrift

AGCPC Kontaktbüro Stralsund
Herrn Dr. med. Jens Quaas
Sekretär der Arbeitsgemeinschaft für
Zervixpathologie und Kolposkopie e.V.
Grünthal 22
18437 Stralsund

(Absender, Stempel)

EINZUGSERMÄCHTIGUNG

Ich bin auf Widerruf einverstanden, dass der von mit zu entrichtende Mitgliedsbeitrag in Höhe von 50,- €
jeweils zu Beginn eines Mitgliedsjahres von dem nachstehenden Konto abgebucht wird:

Bank oder Sparkasse/Postgiroamt _____

IBAN : _____

BIC: _____

_____ _____
Datum Unterschrift des Kontoinhabers