ADI-TD

Arbeitsgemeinschaft für Dermatologische Infektiologie und Tropendermatologie

Sekretär: Dr. med. Mario Fabri
Klinik für Dermatologie und Venerologie, Universität zu Köln
Kerpener Strasse 62, 50937 Köln

A u f n a h m e a n t r a g

Ich möchte Mitglied der Arbeitsgemeinschaft für Dermatologische Infektiologie und Tropendermatologie werden und beantrage hiermit die Aufnahme als ordentliches Mitglied.

Bitte deutlich schreiben!

Titel: _____
Vorname: _____
Name: _____
Straße: _____
PLZ, Ort: _____
Geburtsdatum: _____
Tel. dienstlich: _____
Telefax: _____
E-mail: _____

Bürgen (ADI-TD/DDG-Mitglieder):

1) Name: Unterschrift

2) Name Unterschrift

Mit der Speicherung, Verarbeitung und Übermittlung dieser Daten gem. BDSG im Rahmen der satzungsgemäßen Aufgaben der ADI-TD bin ich einverstanden.
Ich bin Mitglied der Deutschen Dermatologischen Gesellschaft ja ❑ nein ❑

_____ _____
Ort/Datum Unterschrift/Stempel

Einzugsermächtigung

Hiermit bevollmächtige ich die Arbeitsgemeinschaft Dermatologische Infekiologie (ADI-TD), die von mir zu entrichtenden Beiträge (25Euro/Jahr) bei Fälligkeit zu Lasten meines Kontos einzuziehen:

IBAN: _ bei _____

BIC _ _ _ _ _ _ _ _

Gleichzeitig ermächtige ich o.g. Bank, mein Konto mit dem angeforderten Betrag zu belasten. Diese Erklärung gilt, solange sie nicht gegenüber der Arbeitsgemeinschaft Dermatologische Infekiologie e.V. (ADI-TD) schriftlich widerrufen wird.

_____ _____
Ort/Datum rechtsgültige Unterschrift des Kontoinhabers

ggfs Stempel

❑ Ich bin nicht am Einzugsverfahren interessiert und überweise regelmäßig meinen jährlichen Mitgliedsbeitrag auf das Konto der ADI-TD:
Frankfurter Volksbank eG IBAN: DE54501900000000735485 BIC: FFVBDEFF