

AUFNAHMEANTRAG

BITTE IN DRUCKBUCHSTABEN AUSFÜLLEN

Hiermit beantrage ich die Mitgliedschaft in ICAK-D e.V.

Name: _____ Vorname: _____ Titel: _____ Geb. _____

Beruf/Facharztrichtung: _____

Zusatzbezeichnungen: _____

Praxis (auch für Webseite ICAK-D):

Straße: _____ Land/PLZ/Ort: _____

Tel.: _____ Fax: _____ www. _____

E-Mail*: _____ **Mobil:** _____

***(bei Nichtangabe zzgl. EUR 10,-- Versandpauschale)**

Privat (wird nicht veröffentlicht):

Straße: _____ Land/PLZ/Ort: _____

Tel.: _____ Fax: _____ Mobil: _____

Der Mitgliedsbeitrag beträgt pro Jahr € 95,-- und wird per Lastschriftverfahren im vorhergehenden Dezember des neuen Geschäftsjahres (bzw. unmittelbar bei Neumitgliedern) eingezogen. Änderungen der Adresse oder Bankverbindung muss das Mitglied mitteilen. Kosten, die bei einer eventuellen Lastschriftrückgabe entstehen, gehen zu lasten des Mitglieds. Die Mitgliedschaft ist jeweils mit einer Frist bis 30.11. zum Jahresende schriftlich kündbar. Ich erkläre mich einverstanden, dass meine Daten per EDV erfasst und bearbeitet werden und stimme der Weitergabe bei Patientenfragen bzw. an Kooperationspartner zu..

Ort/Datum: _____ Unterschrift: _____

Für Neumitglieder aus Deutschland ist die Mitgliedschaft in ICAK-D nur noch mit Einzugsermächtigung möglich. Dies erspart uns Verwaltungskosten und Büroarbeit. Bitte haben Sie dafür Verständnis.

ERMÄCHTIGUNG ZUM EINZUG VON FORDERUNGEN DURCH LASTSCHRIFTEN

Bitte separates SEPA-Basis-Lastschriftmandat verwenden!

Neumitgliedern aus der Schweiz o. a. Ländern ist es möglich, per Überweisung/Scheck oder bar zu bezahlen:

- Ich habe € 95.- am _____ (Datum) auf das ICAK-D Konto 7321481 bei der Volksbank -Raiffeisenbank Rosenheim Chiemsee überwiesen. Für internationalen Bankverkehr: BIC:GENODEF1VRR, IBAN: DE0271160000007321481
- Scheck über € 95.- liegt bei.

Woher kennen Sie uns?

AK-Seminar in: _____

Referent: _____

Empfehlung v.: _____

Internet

Sonstiges: _____