



Antrag

auf Mitgliedschaft in der
Gesellschaft Deutschsprachiger Lymphologen e.V. (GDL e.V.)

Hiermit beantrage ich meine Mitgliedschaft in der Gesellschaft Deutschsprachiger Lymphologen e.V. ab:

01. Januar des Jahres _____ 01. Juli des Jahres _____

Der gegenwärtige Jahresbeitrag einschließlich Bezugsgeld für die Zeitschrift „Lymphologie in Forschung und Praxis“ (2 Hefte pro Jahr) beträgt:

- Gruppe 1: 50,00 Euro für ordentliche Mitglieder
- Gruppe 2: 37,50 Euro für außerordentliche Mitglieder
- Gruppe 3: 00,00 Euro für Mitglieder (ab 65. Lebensjahr nach mind. 15 Jahre Mitgliedschaft)
- Gruppe 4: 20,00 Euro für Doppelmitgliedschaft (DGL)

Bei Mitgliedschaft ab 01. Juli ist im Eintrittsjahr der halbe Beitragssatz zu entrichten.

Titel _____

Vorname _____

Name _____

Fachrichtung _____

Praxis / Klinik _____

Straße, Nr. _____

PLZ, Ort, Land _____

Telefon _____

Mobil (wird nicht veröffentlicht) _____

Email (wird nicht veröffentlicht) _____

Mit der Veröffentlichung meiner Angaben in der lymphologischen Ärzteliste der GDL im Internet bin ich einverstanden (ggf. streichen)

(Ort, Datum)

Unterschrift

SEPA - Lastschrift

Gesellschaft Deutschsprachiger Lymphologen e.V.
(GDL e.V.)

Gläubiger-Identifikationsnummer: **DE32ZZZ00001075705**
Mandatsreferenz: (wird vom GDL e.V. vergeben)

Hiermit ermächtige ich die **Gesellschaft Deutschsprachiger Lymphologen e.V.**, Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von der Gesellschaft Deutschsprachiger Lymphologen e.V. auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen. Hinweis: Ich kann innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die (Rück-)Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Es gelten dabei die mit meinem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

Vorname und Nachname (Kontoinhaber)

Vorname und Nachname (Mitglied: nur falls nicht identisch mit Kontoinhaber)

Straße, Hausnummer

PLZ, Ort, Land

IBAN

BIC

(Ort, Datum)

Unterschrift des Kontoinhabers