

Antrag auf Mitgliedschaft – Stand 2017

Frau Herr Prof. Dr. PD med. _____

Name, Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

Dienstanschrift

Krankenhaus / Institut / Praxis _____ Abteilung _____

Straße/Haus-Nr. _____ PLZ/Ort _____

Telefon/Telefax _____ E-Mail (Rechnung wird an diese gesendet)

bevorzugte Korrespondenzadresse

Stellung

Chefärztin/arzt Belegärztin/arzt Assistenzärztin/arzt Freie Praxis Pfleger/in
 Oberärztin/arzt Assistenzärztin/arzt leitende Funktion Sonstige _____

Fachärztin/arzt für _____

Teilgebiet(e)

Gefäßchirurgie Viszeralchirurgie Allgemeinchirurgie Unfallchirurgie/Orthopädie
 Kinderchirurgie Radiologie Plastische Chirurgie Thorax-Kardiovaskularchirurgie

Privatanschrift

Straße/Haus-Nr. _____ PLZ/Ort _____

Telefon/Fax _____ E-Mail (fakultativ)

bevorzugte Korrespondenzadresse

Jahresbeitrag

für Assistenzärztinnen/ärzte, Fach-/ Oberärzte und Pflegepersonal 50 EUR
 für Chefärztinnen/ärzte und leitende Ärztinnen/ärzte 100 EUR

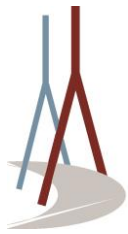
Zahlung per Banküberweisung – ist bitte direkt nach Rechnungserhalt vorzunehmen.

Institut: Haspa Hamburger Sparkasse AG
Kontoinhaber: Vereinigung Norddeutscher Gefäßmediziner-NGM
IBAN: DE90200505501043224391
BIC: HASPDEHHXXX
Verwendungszweck: Rechnungsnummer, Name

Zahlung per Lastschrift – Um Ihnen den Aufwand zu erleichtern, bitten wir Sie höflich um Erteilung eines SEPA Lastschriftmandats (Formblatt Seite 2) zum Einzug Ihres Mitgliedsbeitrages, **ab 2018!**

Mit der Speicherung, Verarbeitung und Übermittlung dieser Daten gem. BDSG im Rahmen der satzungsmäßigen Aufgaben bin ich einverstanden.

Datum Unterschrift



postalisch oder per Telefax an: +49 (40) 30770301
per E-mail an: mitgliederverwaltung@ngm-ev.de

NGM Vereinigung Norddeutscher Gefäßmediziner e.V.
Vorstand

Vereinigung Norddeutscher Gefäßmediziner (NGM) e.V.
Geschäftsstelle
Goernestraße 30
20249 Hamburg

Gläubiger ID-Nr.

DE09AMB00000607318

Mandatsreferenz NGM_ _____



SEPA-Lastschriftmandat (ab Jahresbeitrag 2018)

Hiermit ermächtige ich die Vereinigung Norddeutscher Gefäßmediziner (NGM) e.V. widerruflich, die von mir als Mitgliedsbeitrag jährlich zu leistende Zahlung mittels Lastschrift bei Fälligkeit einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von der NGM e.V. auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

Hinweis: Ich kann innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Es gelten dabei die mit meinem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

KontoinhaberIn

Name _____

Adresse

Straße/Hausnummer _____ / _____

PLZ/Ort _____ / _____

Kreditinstitut

Name _____

IBAN _____

BIC _____

Der Einzug des Jahresbeitrages erfolgt jeweils zwischen 15.-30. Januar des Jahres

Über Kontoänderungen werde ich die Geschäftsstelle umgehend informieren. Andernfalls habe ich ggf. jene Kosten zu tragen, die der NGM e.V. infolge der Rückbuchung einer Zahlungsaktion durch ungültige Kontodaten, mangels Kontodeckung oder Rücknahme der Zahlung meinerseits entstehen.

Ort, Datum

Unterschrift des Kontoinhabers