

AUFNAHMEANTRAG

BITTE IN DRUCKBUCHSTABEN AUSFÜLLEN

Starterpaket erhalten

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

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

Beruf/Facharztrichtung: _____

Zusatzbezeichnungen: _____

Praxis:

Straße: _____ Land/PLZ/Ort: _____

Tel.: _____ Fax: _____ www: _____

E-Mail (bei Nichtangabe zzgl. EUR 10,- Versandpauschale): _____

Privat:

Straße: _____ Land/PLZ/Ort: _____

Tel.: _____ Fax: _____ Handy: _____

Der Mitgliedsbeitrag beträgt pro Jahr € 95,- und wird per Lastschriftverfahren (LSV) im vorhergehenden Dezember des neuen Geschäftsjahres (bzw. unmittelbar bei Neumitgliedern) eingezogen. Änderungen der Adresse oder Bankverbindung muss das Mitglied mitteilen Schwierigkeiten beim LSV führen zur einmaligen Rechnungsstellung, deren Nichtbeachtung bis zum Jahresende zur Mahnung der Beitragszahlung binnen drei Wochen führt. Bei abermaligem Versäumnis wird das Mitglied ausgeschlossen. Die Wiederaufnahmegebühr f. ehemalige Mitglieder beträgt € 50,- (keine Gebühr bei Neumitgl.). 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

Hiermit ermächtige ich Sie widerruflich, den von mir zu entrichtenden Jahresbeitrag für die Mitgliedschaft in ICAK-D bei Fälligkeit zu Lasten meines Kontos

Konto-Nr.: _____ Bankleitzahl: _____

Kontoinhaber: _____ bei: _____
durch Lastschrift einzuziehen. (Bezeichnung des kontoführenden Kreditinstituts)

Ort/Datum: _____ Unterschrift: _____

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 362 5516 bei der APO-Bank München (BLZ 700 906 06) überwiesen. Für internationalen Bankverkehr: BIC: DAAEEDDD, IBAN: DE71300606010003625516

Scheck über € 95.- liegt bei.

Woher kennen Sie uns?

AK-Seminar in: _____

Referent: _____

Empfehlung v.: _____

Internet

Sonstiges: _____