



An die
Gesellschaft für Schädelbasischirurgie e.V.
c/o Anthea Rozakis-Siu
Dietrich-Bonhoeffer-Str. 9/1
70794 Filderstadt

Aufnahmeantrag

Name: _____ Vorname: _____
Titel: _____ Position: _____

Anschrift der Klinik / Abteilung / des Instituts

Klinik: _____
Abteilung: _____
Straße: _____
PLZ: _____ Ort: _____
Telefon: _____ mobil: _____
E-Mail: _____

Hiermit beantrage ich die Mitgliedschaft in der Gesellschaft für Schädelbasischirurgie e.V.
Ich verpflichte mich, den vollen Mitgliedsbeitrag von derzeit jährlich

- 200 € für leitende und selbständige Ärzte, bzw.
- 100 € für angestellte/beamtete Ärzte und Forscher

zu begleichen. Hierzu erteile ich der Gesellschaft ein SEPA-Mandat (s. Anhang). Mit der
Verarbeitung meiner Daten zur Verwaltung der Mitgliedschaft bin ich einverstanden.

(Ort/Datum)

(Unterschrift)

Der Antrag wird durch die folgenden Mitglieder der Gesellschaft für Schädelbasischirurgie
e.V. befürwortet:

1. _____ 2. _____

(Stempel und Unterschrift der Bürgen)



Gesellschaft für Schädelbasischirurgie e.V.
c/o Anthea Rozakis-Siu
Dietrich-Bonhoeffer-Str. 9/1
70794 Filderstadt

Gläubiger-Identifikationsnummer: DE61ZZZ00001357550

Mitglieds- / Mandatsreferenznummer: -01

Name des Mitglieds:

SEPA Lastschriftmandat

Ich ermächtige die Gesellschaft für Schädelbasischirurgie e.V., Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von der Gesellschaft für Schädelbasischirurgie 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.

Vorname Name (Kontoinhaber)

Straße und Hausnummer

Postleitzahl und Ort

Kreditinstitut (Name und BIC) - - - - - | - - - - -

__ __ - - | - - - - | - - - - | - - - - | - - - - | - -
IBAN

Datum, Ort und Unterschrift