RWGIM

Rheinisch-Westfälische Gesellschaft für Innere Medizin e.V.

Antrag auf Mitgliedschaft

Rheinisch-Westfälische Gesellschaft
für Innere Medizin e.V.
Telefon: 01578-2130663
E-Mail:Geschaeftsfuehrung@rwgim.de
www.rwgim.de

Bitte ausgefüllt zurücksenden – per Fax an: **06224-827260**
Oder per E-Mail an: **geschaeftsfuehrung@rwgim.de**

Durch meine Unterschrift beantrage ich, unter Anerkennung der Satzung, die Mitgliedschaft in der Rheinisch-Westfälischen Gesellschaft für Innere Medizin e.V. Zur Veröffentlichung meiner Adresse im geschützten, nur den Mitgliedern zugänglichen Bereich der Homepage der RWGIM und zur Verwendung meiner Adresse für Informationen der Gesellschaft erkläre ich mein Einverständnis.

Name: _____ Vorname: _____ Titel: _____

❒ **Klinikadresse / Praxisadresse**
Dienststellung/Abteilung: _____

Klinik/Institut/Praxis: _____

oder _____

❒ **Privatadresse**

Straße: _____ PLZ / Ort: _____

Telefon: _____ Fax: _____

Mobil: _____ E-Mail: _____

Eintritt: _____

_____ _____ _____
Ort Datum Unterschrift

❒ Zahlung des Jahresbeitrag von derzeit 30,00 € per SEPA-Lastschrift-Mandat
Rheinisch Westfälische Gesellschaft für Innere Medizin e.V. Gläubiger-Identifikationsnummer: DE27ZZZ00001296470

SEPA-Lastschrift-Mandat

Ich ermächtige die Rheinisch-Westfälische Gesellschaft für Innere Medizin e.V., Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift bei Fälligkeit einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von der Rheinisch-Westfälischen Gesellschaft für Innere Medizin e.V. auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen. Wenn das Konto die erforderliche Deckung nicht aufweist, besteht seitens des kontoführenden Kreditinstituts keine Verpflichtung zur Einlösung. Die dadurch entstehenden Gebühren gehen dann zu meinen Lasten.
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 und Name (Kontoinhaber)

_____
Straße und Hausnummer

_____
Postleitzahl und Ort

D	E																				

IBAN

BIC

_____ _____
Datum und Ort Unterschrift

4/2018