

Deutsche Gesellschaft für Patientenwürde e.V.
Wallstraße 11
55122 Mainz



Antrag auf Mitgliedschaft gemäß § 3 der Satzung

Ich stelle den Antrag zur Aufnahme in die Deutsche Gesellschaft für Patientenwürde e.V.:

Antragsteller-/in:

Akad. Grad, Titel, Vorname, Name

Berufsbezeichnung (freiwillige Angabe)

Geburtsdatum

Straße und Hausnummer

Postleitzahl und Ort

E-Mail

Telefonnummer

Mitgliedsbeiträge

Die Höhe der Mitgliedsbeiträge wird von der Mitgliederversammlung festgelegt. Der Jahresbeitrag beträgt 60 Euro. Der Vorstand kann in besonderen Fällen den Beitrag ganz oder teilweise erlassen. Jedes ordentliche Mitglied hat bis zum 1. März einen Mitgliedsbeitrag für das laufende Kalenderjahr zu entrichten.

Bankverbindung

Taunus Sparkasse Frankfurt-Höchst, IBAN: DE70 5125 0000 0000 338087, HELADEF1TSK

Wir bitten um die Erteilung eines SEPA-Lastschriftmandats (nächste Seite).

Ort, Datum, Unterschrift

Deutsche Gesellschaft für Patientenwürde e.V.
Wallstraße 11
55122 Mainz



Mitgliedsbeitrag für die Deutsche Gesellschaft für Patientenwürde e.V.
SEPA Lastschriftmandat (Gläubiger-Identifikationsnummer DE97ZZZ00001915040)

Name des Zahlungsempfängers
Deutsche Gesellschaft für Patientenwürde e.V.

Hiermit ermächtige ich Sie widerruflich, die von mir zu entrichtenden Mitgliedsbeiträge bei deren Fälligkeit zu Lasten des folgenden Kontos durch Lastschrift einzuziehen und weise mein Kreditinstitut an, die von Ihnen auf mein/unser Konto gezogenen Lastschriften einzulösen: Hinweis: Ich kann/wir können innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrags verlangen. Es gelten dabei die mit meinem/unseren Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

Kontoinhaber/Zahlungspflichtiger (Vorname, Name, Straße, Hausnummer, PLZ, Ort)

Kreditinstitut

BIC

IBAN

Ort, Datum

Unterschrift (Zahlungspflichtiger)