

MITGLIEDSCHAFT in der ADNANI

Titel: _____

Vorname: _____

Nachname: _____

Krankenhaus: _____

Abteilung: _____

Berufliche Tätigkeitsbezeichnung: _____

Straße: _____

Hausnummer: _____

Deutschland Österreich Schweiz sonstige: _____

Postleitzahl: _____ Ort: _____

Telefonnummer: _____

E-Mail-Adresse: _____

- Ich erkläre ausdrücklich meine Einwilligung, dass meine Adresse und Erreichbarkeiten zu den Zwecken der weiteren Information über Tätigkeiten der ADNANI (z.B. Kontakttretung, Einhebung Mitgliedsbeitrag, Einladung zu Tagungen und Kongressen in Verbindung mit dem Verein) verarbeitet werden darf. Diese Einwilligung kann ich jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen.
- Ich erkläre ausdrücklich meine Einwilligung, dass fotografisches und filmisches Material, das über meine Tätigkeit aufgenommen wurde, für die Zwecke der Öffentlichkeitsarbeit und Marketingaktivitäten in Print-, Online- und TV-Medien veröffentlicht werden darf. Diese Einwilligung kann ich jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen.
- Den Mitgliedsbeitrag von 25,00 Euro werde ich auf das unten angeführte Konto überweisen
- Die SEPA Lastschrift ist dem Antrag beigefügt

Ort, Datum

Unterschrift

Kontoverbindung

O.Ö. Landesbank, Landstr., 4020 Linz, Österreich, BLZ 54 000, Kt. 00 0021 12 43,
IBAN: AT 9254 0000 0000 21 12 43, BIC: OBLAAT2



Interdisziplinäre Arbeitsgemeinschaft Neuromedizin

Rücksendemöglichkeiten:

- per Post an die ADNANI, c/o Dr. Franz Marhold, Universitätsklinikum St. Pölten, Dunant-Platz 1, 3100 St. Pölten, Österreich oder
- per Fax an +49 (0)202 8962718
- per E-Mail als Scan an die info@adnani.de

Geschäftsstelle der ADNANI

AG der Neuroanesthesisten und Neurointensivmediziner
c/o Dr. Gabriele Wöbker
HELIOS Universitätsklinikum Wuppertal
Klinik für Intensivmedizin
Heusnerstr. 40
42283 Wuppertal

SEPA — Lastschrift — Mandat (Ermächtigung)

Mandatsreferenz: Mitgliedsbeitrag ADNANI
Zahlungsempfänger: Interdisziplinäre Arbeitsgemeinschaft Neuromedizin (ADNANI)
Creditor-ID: AT69ZZZ00000067273

Ich ermächtige/Wir ermächtigen den „Zahlungsempfänger“ Zahlungen von meinem/ unserem Konto mittels SEPA — Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein/ unser Kreditinstitut an, die von Dem „Zahlungsempfänger“ auf mein Konto/ unser Konto gezogenen SEPA — Lastschrift einzulösen.

Hinweis: Ich kann innerhalb von 8 Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Es gelten dabei die mit meinem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

Zahlungsart Wiederkehrende Lastschrift (Recurrent) Einmal-Lastschrift (OneOff)

Zahlungspflichtiger (Debitor)

Vorname und Name (Kontoinhaber)

Straße und Hausnummer

Postleitzahl und Ort

Kreditinstitut (Name und BIC)

IBAN

Datum, Ort und Unterschrift