



Deutsche Gesellschaft für Funktionsdiagnostik und -therapie in der DGZMK
Liesegangstraße 17a

40211 Düsseldorf

BEITRITTSERKLÄRUNG
ZUR DEUTSCHEN GESELLSCHAFT FÜR FUNKTIONSDIAGNOSTIK UND THERAPIE

Ihre persönlichen Daten (bitte in Druckbuchstaben)

Titel: _____

Vorname: _____

Name: _____

Geburtsdatum: _____ männlich weiblich

Approbationsdatum: _____ Promotionsdatum: _____

Bereits Mitglied in der DGZMK: Ja Mitgliedsnummer _____ Nein

Dienstadresse

Straße: _____

Land, PLZ, Ort: _____

Telefon: _____ Fax: _____

E-Mail: _____

Privatadresse

Straße: _____

Land, PLZ, Ort: _____

Telefon: _____ Fax: _____

E-Mail: _____

Der DGFDT Beitrag wird per SEPA-Lastschrift erhoben.

SEPA Lastschriftmandat/ Einzugsermächtigung:

Gläubiger-ID. DE05ZZZ00000506898

Mandatsreferenz: Mitgliedsbeitrag

Ich ermächtige die DGFDT Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von der DGFDT eingezogene 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.

Bankverbindung für Einzugsermächtigung:

BIC:

IBAN:

Genauere Bezeichnung des Geldinstituts:

Name des Kontoinhabers:

Beitrag :

DGFDT	EURO	98,00
zzgl. DGZMK	EURO	95,00 für ordentliche Mitglieder

Datum: _____ Unterschrift: _____