



Mitgliedsantrag

Bitte ausgefüllt an die Geschäftsstelle senden: Fax (+49) 08807-949245

Ich erkläre hiermit meinen Beitritt zur Gesellschaft für Fußchirurgie e.V.

Kundennummer: _____ (falls bekannt)

Bitte beide Anschriften angeben und gewünschte Postzustelladresse ankreuzen:

Privatanschrift:

Praxis- oder Klinikanschrift:

Titel / Vorname / Nachname

Praxis- oder Klinikanschrift

Straße

Straße

PLZ – Ort

PLZ - Ort

Telefon

Telefon

Mobilnummer

Faxnummer

E-Mail

E-Mail

Wir veröffentlichen Ihre **Praxis- oder Klinikanschrift** kostenlos auf unserer Homepage.
Falls Sie das nicht wünschen, können Sie im Ganzen oder in Teilen nachfolgend
widersprechen: _____

Änderungen geben Sie uns bitte schriftlich per Fax oder E-Mail (info@gffc.de) bekannt.

JA, ich wünsche für einmalig € 15,- und monatlich € 5,- einen „Link“ von der
Homepage-Mitgliederliste der GFFC zu meiner eigenen Internetseite mit
folgender Internetadresse: www. _____

JA, ich wünsche für einmalig € 50,- und monatlich € 8,- eine „Visitenkarte“ inkl. Link zu
meiner Homepage, 2 Bilder, ausführlicher Leistungsbeschreibung, Kontaktinformationen
sowie Datenpflege. Gerne stehen wir Ihnen für weitere Fragen zur Verfügung:
info@gffc.de oder info@vicon.de

JA, ich bitte um Zusendung einer Bescheinigung über den Mitgliedsbeitrag.

**Ich ermächtige Sie hiermit, den Mitgliedsbeitrag in Höhe von € 150,- einmal jährlich und ggf.
Beträge für den Link / Visitenkarte von meinem Konto abzubuchen.**

Praxis- oder Klinikkonto

Privatkonto

Konto

BLZ

Bankinstitut

Datum

Unterschrift / Stempel