



---

### **Mitgliedsantrag**

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

**Ich erkläre hiermit meinen Beitritt zur Gesellschaft für Fuß- und Sprunggelenkchirurgie e.V.**

Kundennummer: \_\_\_\_\_ (falls bekannt)

**Bitte beide Anschriften angeben und gewünschte Postzustelladresse ankreuzen:**

**Privatanschrift:**

**Praxis- oder Klinikanschrift:**

---

Titel / Vorname / Nachname

Praxis- oder Klinik(-anschrift)

---

Straße

Straße

---

PLZ – Ort

PLZ - Ort

---

Telefon

Telefon

---

Mobilnummer

Faxnummer

---

E-Mail

E-Mail

**www.**

---

Link:

Wir veröffentlichen Ihre **Praxis- oder Klinikanschrift**, kostenlos auf unserer Homepage; bei Angabe Ihres Links ist die Verlinkung ebenfalls kostenfrei.

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 ([caceffo@gffc.de](mailto:caceffo@gffc.de)) bekannt.**

---

**Der Austritt erfolgt durch schriftliche Erklärung gegenüber dem Verein. Er ist nur zum Schluss eines Kalenderjahres unter Einhaltung einer Kündigungsfrist von drei Monaten zulässig.**

### **Bankverbindung**

**Privatkonto**

**Klinik/Praxiskonto**

---

**Kreditinstitut**

-----  
**BIC/SWIFT**

**DE** \_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_  
**IBAN**

**Ich ermächtige Sie hiermit, den Mitgliedsbeitrag in Höhe von € 150,- jährlich von meinem Konto abzubuchen. Ich erkläre mich mit den SEPA-Bedingungen einverstanden.**

---

Datum, Ort und Unterschrift/ Stempel