



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) 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