



Gesellschaft für Fuß- und Sprunggelenkchirurgie e.V.

Gewerbegebiet 11
82399 Raisting

Fax: 08807-94 92 45

Email: service@gffc.de

Mitgliedsantrag

Hiermit beantrage ich die Aufnahme als (Zutreffendes bitte ankreuzen)

ordentliches Mitglied: approbierte Ärzte

Titel /Vorname / Name: Herr/Frau.....

Facharzt/Fachärztin für:

.....

in Facharztausbildung zum/zur

D.A.F.- Mitglied ja / nein (bitte zutreffendes ankreuzen)

DGOU - Mitglied ja / nein (bitte zutreffendes ankreuzen)

Privatadresse / Klinikadresse (bitte zutreffendes anstreichen)

Klinik- / Praxisname:

Straße, Hausnummer:

PLZ, Ort:

Telefon:

Fax:

Mobilnummer:

E-Mail:

Satzung gelesen und anerkannt:

.....
Ort, Datum

.....
Unterschrift Antragsteller bzw. Vertretungsberechtigter



- Fördermitglied: Einzelpersonen (persönlich fördernde Mitglieder), jedes Unternehmen, juristische Person des öffentlichen oder privaten Rechts sowie rechtlich unselbständige Stiftung oder Vereinigung (korporatives Fördermitglied).**

Titel /Vorname / Name: Herr/Frau.....

ggf. Firmenname mit Rechtsform:

Vertretungsberechtigter:

HRB- oder HRA Nummer:

Straße, Hausnummer, PLZ, Ort:

Telefon:

E-Mail:

- assoziertes Mitglied: Podologen, Physiotherapeuten, Orthopädieschuhtechniker, Orthopädieschuhmacher**

Titel /Vorname / Name: Herr/Frau.....

ggf. Firmenname mit Rechtsform:

Vertretungsberechtigter:

HRB- oder HRA Nummer:

Straße, Hausnummer, PLZ, Ort:

Telefon:

E-Mail:

.....
Ort, Datum

.....
Unterschrift Antragsteller bzw. Vertretungsberechtigter



SEPA-Lastschriftmandat

Hiermit ermächtige ich Sie, den Mitgliedsbeitrag, derzeit:

€ 200,- pro Jahr für ordentliche Mitglieder und Fördermitglieder

€ 75,- pro Jahr für assoziierte Mitglieder

Direkt nach Antragstellung und danach zum 15.02. eines jeden Jahres (ggfs. darauffolgender Werktag) von meinem Konto abzubuchen.

Ich erkläre mich mit einem Einzug meines Mitgliedsbeitrages im Lastschriftverfahren zu den SEPA Bedingungen einverstanden.

(Die SEPA-Bedingungen können auf der Homepage der GFFC e.V. unter „Service>Downloads“ jeder werden)

Zutreffendes bitte ankreuzen:

- Klinik- oder Praxiskonto
- Privatkonto

_____ Name
des Mitglieds (verfügungsberechtigt)

_____ Kreditinstitut

BIC/SWIFT

____ / ____ / ____ / ____ / ____ / ____
IBAN

.....
Ort, Datum

.....
Unterschrift Kontoinhaber (verfügungsberechtigt)

