



die Bochumer Medizin

Mitgliedsantrag „Verein zur Förderung der Bochumer Medizin e.V.“

Hiermit beantrage ich die Mitgliedschaft für den Verein zur Förderung der Bochumer Medizin e.V.

Herr/Frau
Titel:

Vorname:

Nachname:

Anschrift:

.....

.....

.....

Email:

Datum

Unterschrift

SEPA-Lastschriftmandat

Gläubiger-Identifikationsnummer: DE91ZZZ00001013145
Mandatsreferenz:

Ich ermächtige den „Verein zur Förderung der Bochumer Medizin e.V.“ den Mitgliedsbeitrag in Höhe von 50 €/Jahr (für Studierende 10 €/Jahr) von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von dem „Verein zur Förderung der Bochumer Medizin e.V.“ auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

Dieser Auftrag kann von mir jederzeit widerrufen werden. Ich kann innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Es gelten die mit meinem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

Zahlungsart: Wiederkehrende Zahlung

Kontoinhaber:

Geldinstitut:

IBAN:

SWIFT-BIC:

Ort, Datum

Unterschrift

Bitte senden Sie das Lastschriftmandat an Frau Bernadette Lohs. (Tel.: 0234/302-4535, Fax: 0234/302-4682)