



Arbeitsgemeinschaft für Dermatologische Infektiologie und Tropendermatologie

An den Sekretär: PD Dr. med. Dr. rer. nat. Jan Ehrchen, c/o Klinik für Hautkrankheiten,
Universitätsklinikum Münster, Von-Esmarch-Straße 58, 48149 Münster

Aufnahmeantrag

Ich möchte Mitglied der Arbeitsgemeinschaft für Dermatologische Infektiologie und Tropendermatologie e.V. werden und beantrage hiermit die Aufnahme als ordentliches Mitglied.

Name: _____ Vorname: _____ Titel: _____

Straße, Nummer: _____

PLZ, Ort: _____

Geburtsdatum: _____

Tel. dienstlich: _____ E-Mail: _____

SEPA -Lastschriftmandat

Hiermit bevollmächtige ich die Arbeitsgemeinschaft Dermatologische Infektiologie e.V. (ADI-TD), die von mir zu entrichtenden Mitgliedsbeiträge (25 Euro/Jahr) wiederkehrend von meinem/unserem Konto

IBAN: _____ Kreditinstitut: _____

Name Kontoinhaber*in: _____

mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von der Arbeitsgemeinschaft Dermatologische Infektiologie e.V. (ADI-TD) auf das Konto gezogene Lastschriften einzulösen.

Hinweis: Ich kann innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Es gelten dabei die mit meinem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen. Diese Erklärung gilt, solange sie nicht gegenüber der Arbeitsgemeinschaft Dermatologische Infektiologie e.V. (ADI-TD) schriftlich widerrufen wird.

Der Beitrag wird unter Angabe der Gläubiger-ID: DE48ZZZ00000754832 vom Verein eingezogen. Als Mandatsreferenz werden die Initialen der Kontoinhaberin/des Kontoinhabers verwendet.

Ort, Datum _____ Unterschrift Kontoinhaber*in _____

Ich überweise meinen jährlichen Mitgliedsbeitrag jeweils zum 1. Januar auf das Konto des ADI-TD e.V. bei der Frankfurter Volksbank eG - IBAN: DE54501900000000735485 - BIC: FFVBDEFF

Die Informationspflichten gem. Artikel 13 und 14 DSGVO habe ich gelesen und zur Kenntnis genommen. Mit meiner Unterschrift erkenne ich Satzung und Ordnungen in der jeweils gültigen Fassung an.

Ort, Datum: _____ Unterschrift: _____

Der Mitgliedsantrag wird von den folgenden ADI-TD/DDG-Mitgliedern unterstützt

Name: _____ Name _____

Unterschrift: _____ Unterschrift _____