

PädNetz Südhessen e.V.
 Margarethenstr.3
 64625 Bensheim
 Tel. 06251-8032740-0
 Fax 06251-8032740-9
 sekretariat@suedhessen.kinderaerzetenetz.de
 http://www.suedhessen.kinderaerzetenetz.de



Beitrittserklärung

Ich beantrage hiermit den Beitritt zum Pädnetz Südhessen und bitte mich gemäß meiner Tätigkeit nach der Satzung des Vereins als ordentliches, außerordentliches oder förderndes Mitglied einzustufen.

Name		Vorname	
Geburtsdatum		Straße Praxis	
PLZ, Ort Praxis		Telefon Praxis	
Fax Praxis		E-Mail Praxis	
Straße privat		PLZ, Ort privat	
Telefon privat		Fax privat	
Handy		E-Mail privat	
KV-Nummer		BVKJ-Mitglied	ja
Pädinform Mitglied?	ja	Pädinform Email Adresse	@uminfo.de

.....

 Ort, Datum

 Unterschrift

Der Mitgliedsbeitrag in Höhe von 10 Euro pro Monat wird einmal jährlich, jeweils am 1. April abgebucht.

Bitte füllen Sie das nachfolgende SEPA-Lastschriftmandat aus!

Vorstand
 Dr. Christoph Bornhöft (Vorsitzender), Dr. Christoph John (stv. Vorsitzender),
 Dr. Martin Gunkel (Schatzmeister), Dr. Volker Baum, Dr. Markus Landzettel,
 Dr. Jörn Voigt

Bankverbindung:
 Deutsche Apotheker- und Ärztebank Darmstadt
 IBAN: DE14300606010006943748
 BIC: DAAEDED
 Vereinsregistergericht
 Amtsgericht Darmstadt VR82085

SEPA Direct Debit Mandate/SEPA-Lastschriftmandat
 for SEPA Core Direct Debit Scheme/für SEPA-Basis-Lastschriftverfahren

 Creditor's Name & address
 Name und Anschrift des Zahlungsempfängers (Gläubiger)

 Pädnetz Südhessen e.V.
 Margarethenstr. 3
 64625 Bensheim

 Wiederkehrende Zahlungen/
 Recurrent Payments

Creditor identifier/Gläubiger-Identifikationsnummer

DE28ZZZ00000721921

Mandate reference/Mandatsreferenz

[Creditor's Name/Name des Zahlungsempfängers]

By signing this mandate form, you authorise Pädnetz Südhessen e.V.

to send instructions to your bank to debit your account and your bank to debit your account in accordance with the instructions from

[Creditor's Name/Name des Zahlungsempfängers]

Pädnetz Südhessen e.V.

Ich/Wir ermächtige(n) [Name des Zahlungsempfängers], Zahlungen von meinem/unserem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise(n) ich/wir mein/unser Kreditinstitut an, die von [Name des Zahlungsempfängers] auf mein/unser Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

As part of your rights, you are entitled to a refund from your bank under the terms and conditions of your agreement with your bank. A refund must be claimed within 8 weeks starting from the date on which your account was debited.

Hinweis: Ich kann/Wir können innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrags verlangen. Es gelten dabei die mit meinem/unserem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

Name of debtor/Kontoinhaber (Vorname, Name)

Street name and number/Straße, Hausnummer

Postal code and city/PLZ, Ort

Country/Land

Account number-IBAN//IBAN

 Swift BIC/BIC¹

Location, date/Ort, Datum

Signature(s)/Unterschrift(en)

1 Hinweis: Ab 01.02.2014 kann die Angabe des BIC entfallen, wenn die IBAN mit DE beginnt.

SEPA Direct Debit Mandate/SEPA-Lastschriftmandat
 for SEPA Core Direct Debit Scheme/für SEPA-Basis-Lastschriftverfahren

Creditor's Name & address

Name und Anschrift des Zahlungsempfängers (Gläubiger)

Pädnetz Südhessen e.V.
Margarethenstr. 3
64625 Bensheim

 Wiederkehrende Zahlungen/
Recurrent Payments

Creditor identifier/Gläubiger-Identifikationsnummer
DE28ZZZ00000721921
Mandate reference/Mandatsreferenz

[Creditor's Name/Name des Zahlungsempfängers]

By signing this mandate form, you authorise Pädnetz Südhessen e.V.

to send instructions to your bank to debit your account and your bank to debit your account in accordance with the instructions from

[Creditor's Name/Name des Zahlungsempfängers]
Pädnetz Südhessen e.V.

Ich/Wir ermächtige(n) [Name des Zahlungsempfängers], Zahlungen von meinem/unserem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise(n) ich/wir mein/unser Kreditinstitut an, die von [Name des Zahlungsempfängers] auf mein/unser Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

As part of your rights, you are entitled to a refund from your bank under the terms and conditions of your agreement with your bank. A refund must be claimed within 8 weeks starting from the date on which your account was debited.

Hinweis: Ich kann/Wir können innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrags verlangen. Es gelten dabei die mit meinem/unserem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

Name of debtor/Kontoinhaber (Vorname, Name)
Street name and number/Straße, Hausnummer
Postal code and city/PLZ, Ort
Country/Land

Account number-IBAN/IBAN

Swift BIC/BIC ¹

Location, date/Ort, Datum	Signature(s)/Unterschrift(en)
---------------------------	-------------------------------

1 Hinweis: Ab 01.02.2014 kann die Angabe des BIC entfallen, wenn die IBAN mit DE beginnt.