

An die
Deutsche Gesellschaft für Angiologie e. V. (DGA)
Haus der Bundespressekonferenz, Schiffbauerdamm 40/Ecke Reinhardtstr.
10117 Berlin

Antrag auf Mitgliedschaft für medizinisches Assistenzpersonal

Name, Vorname

Klinik/Abteilung/Praxis

Postanschrift

Telefon (Vorwahl/Rufnummer/Nebenanschluss)

Fax

E-Mail-Adresse:

Privatanschrift/Telefon/Fax

Geburtsdatum

Beruflicher Werdegang (in Kurzform auf einem Extrablatt)

Dieser Antrag muss von einem Bürgen, der mindestens drei Jahre Mitglied der DGA ist, befürwortet werden.

falls kein Bürge bekannt, bitte Rücksprache

Unterschrift

Mit der Speicherung der Daten und ihrer Veröffentlichung im Mitgliederverzeichnis erkläre ich mich einverstanden.

Der Mitgliedsbeitrag beträgt 40 Euro p.a. – der Mitgliedsstatus: Außerordentliches Mitglied.
Der Beitrag wird mittels Lastschriftverfahren eingezogen.

Ort/Datum

Unterschrift des Antragstellers

SEPA Business-to-Business Direct Debit Mandate/SEPA-Firmenlastschrift-Mandat
 for SEPA B2B Direct Debit Scheme/für SEPA-Firmen-Lastschriftverfahren

Creditor's Name & address

Name und Anschrift des Zahlungsempfängers (Gläubiger)

 Deutsche Gesellschaft für Angiologie,
 Gesellschaft für Gefäßmedizin e.V.
 Schiffbauerdamm 40
 10117 Berlin
 Tel. 030 20 8888 31
 info@dga-gefaessmedizin.de

 Wiederkehrende Zahlungen/
 Recurrent Payments

Creditor identifier/Gläubiger-Identifikationsnummer

DE36ZZZ00000702474

Mandate reference/Mandatsreferenz

[Creditor's Name/Name des Zahlungsempfängers]

By signing this mandate form, you authorise

Deutsche Gesellschaft für Angiologie

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]

Deutsche Gesellschaft für Angiologie

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.

This mandate is only intended for business-to-business transactions. You are not entitled to a refund from your bank after your account has been debited, but you are entitled to request your bank not to debit your account up until the day on which the payment is due.

Hinweis: Dieses Lastschriftmandat dient nur dem Einzug von Lastschriften, die auf Konten von Unternehmen gezogen sind. Ich bin/Wir sind nicht berechtigt, nach der erfolgten Einlösung eine Erstattung des belasteten Betrages zu verlangen. Ich bin/Wir sind berechtigt, mein/unser Kreditinstitut bis zum Fälligkeitstag anzuweisen, Lastschriften nicht einzulösen.

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 01.02.2016 kann die Angabe des BIC bei Zahlungen innerhalb EU/EWR entfallen.

SEPA Business-to-Business Direct Debit Mandate/SEPA-Firmenlastschrift-Mandat

for SEPA B2B Direct Debit Scheme/für SEPA-Firmen-Lastschriftverfahren

Creditor's Name & address

Name und Anschrift des Zahlungsempfängers (Gläubiger)

Deutsche Gesellschaft für Angiologie,
Gesellschaft für Gefäßmedizin e.V.
Schiffbauerdamm 40
10117 Berlin
Tel. 030 20 8888 31
info@dga-gefaessmedizin.de

Wiederkehrende Zahlungen/
Recurrent Payments

Creditor identifier/Gläubiger-Identifikationsnummer

DE36ZZZ00000702474

Mandate reference/Mandatsreferenz

[Creditor's Name/Name des Zahlungsempfängers]

By signing this mandate form, you authorise

Deutsche Gesellschaft für Angiologie

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]

Deutsche Gesellschaft für Angiologie

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.

This mandate is only intended for business-to-business transactions. You are not entitled to a refund from your bank after your account has been debited, but you are entitled to request your bank not to debit your account up until the day on which the payment is due.

Hinweis: Dieses Lastschriftmandat dient nur dem Einzug von Lastschriften, die auf Konten von Unternehmen gezogen sind. Ich bin/Wir sind nicht berechtigt, nach der erfolgten Einlösung eine Erstattung des belasteten Betrages zu verlangen. Ich bin/Wir sind berechtigt, mein/unser Kreditinstitut bis zum Fälligkeitstag anzuweisen, Lastschriften nicht einzulösen.

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 01.02.2016 kann die Angabe des BIC bei Zahlungen innerhalb EU/EWR entfallen.

SEPA Business-to-Business Direct Debit Mandate/SEPA-Firmenlastschrift-Mandat

for SEPA B2B Direct Debit Scheme/für SEPA-Firmen-Lastschriftverfahren

Creditor's Name & address

Name und Anschrift des Zahlungsempfängers (Gläubiger)

Deutsche Gesellschaft für Angiologie,
Gesellschaft für Gefäßmedizin e.V.
Schiffbauerdamm 40
10117 Berlin
Tel. 030 20 8888 31
info@dga-gefaessmedizin.de

Wiederkehrende Zahlungen/
Recurrent Payments

Creditor identifier/Gläubiger-Identifikationsnummer

DE36ZZZ00000702474

Mandate reference/Mandatsreferenz

[Creditor's Name/Name des Zahlungsempfängers]

By signing this mandate form, you authorise

Deutsche Gesellschaft für Angiologie

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]

Deutsche Gesellschaft für Angiologie

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.

This mandate is only intended for business-to-business transactions. You are not entitled to a refund from your bank after your account has been debited, but you are entitled to request your bank not to debit your account up until the day on which the payment is due.

Hinweis: Dieses Lastschriftmandat dient nur dem Einzug von Lastschriften, die auf Konten von Unternehmen gezogen sind. Ich bin/Wir sind nicht berechtigt, nach der erfolgten Einlösung eine Erstattung des belasteten Betrages zu verlangen. Ich bin/Wir sind berechtigt, mein/ unser Kreditinstitut bis zum Fälligkeitstag anzuweisen, Lastschriften nicht einzulösen.

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 01.02.2016 kann die Angabe des BIC bei Zahlungen innerhalb EU/EWR entfallen.