

Mitgliedsantrag

DGFF (Lipid-Liga) e.V.



Wissen was zählt
Für Herz und Gefäße

Deutsche Gesellschaft
zur Bekämpfung von
Fettstoffwechselstörungen
und ihren Folgeerkrankungen
DGFF (Lipid-Liga) e.V.

Ich möchte Mitglied werden (Jahresbeitrag € 75,00)

Ich bin Auszubildender (Jahresbeitrag € 35,00)

Titel, Vorname, Nachname:

Hochschulabschluss: Ja

Nein

Geburtsdatum:

Straße:

PLZ/Ort:

Telefon privat:

Fax:

E-Mail:

Berufliche Tätigkeit:

Dienstanschrift

Klinik / Institut / Firma:

PLZ/Ort:

Telefon dienst!..:

Fax:

E-Mail:

Datum, Unterschrift

Bitte senden Sie das unterschriebene Formular an:

Geschäftsstelle der DGFF (Lipid-Liga) e.V.
Mörfelder Landstraße 72
60598 Frankfurt am Main

Für Rückfragen stehen wir Ihnen gerne zur Verfügung:

Tel: 069-963652-18

E-Mail: info@lipid-liga.de

oder faxen Sie es an: 069-963652-15

Erteilung eines SEPA-Lastschriftmandats

Name des Zahlungsempfängers:
DGFF (Lipid-Liga) e.V.

Anschrift des Zahlungsempfängers
Straße und Hausnummer:
Mörfelder Landstraße 72

Postleitzahl und Ort:
60598 Frankfurt am Main

Gläubigeridentifikationsnummer:
DE50ZZZ00001068785

Mandatsreferenz (vom Zahlungsempfänger auszufüllen):

SEPA-Lastschriftmandat:

Ich ermächtige / wir ermächtigen den Zahlungsempfänger „automatisierter Name Zahlungsempf. von oben“ widerruflich, die von mir / uns zu entrichtenden Zahlungen bei Fälligkeit durch Lastschrift von meinem / unserem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich (B) weise ich mein / unser Kreditinstitut an, die vom Zahlungsempfänger „automatisierter Name Zahlungsempf. von oben „ auf mein / unser Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

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

Zahlungsart:

Wiederkehrende Zahlung Einmalige Zahlung

Name des Zahlungspflichtigen (Kontoinhaber):

Anschrift des Zahlungspflichtigen (Kontoinhaber):

Straße und Hausnummer:

Postleitzahl und Ort:

IBAN des Zahlungspflichtigen (max. 22 Stellen)

BIC (innerhalb Deutschlands optional)

Ort:

Datum:

Unterschrift(en) des Zahlungspflichtigen (Kontoinhaber):