

Bitte am Bildschirm ausfüllen, ausdrucken, unterschreiben und per Post an den Schriftführer der gewünschten Arbeitsgemeinschaft schicken!



# Antrag auf Mitgliedschaft

Hiermit beantrage ich die Aufnahme in die

**Norddeutsche Arbeitsgemeinschaft Pädiatrische Pneumologie und Allergologie (nappa)**

*Gläubiger-Identifikationsnummer: DE54ZZZ00000386609*

**Westdeutsche Arbeitsgemeinschaft für Pädiatrische Pneumologie und Allergologie (WAPPA)**

*Gläubiger-Identifikationsnummer: DE14ZZZ00000667853*

**Arbeitsgemeinschaft Pädiatrische Pneumologie und Allergologie (APPA)**

*Gläubiger-Identifikationsnummer: DE58ZZZ00000954278*

**Arbeitsgemeinschaft Pädiatrische Allergologie und Pneumologie Süd e.V. (AGPAS)**

*Gläubiger-Identifikationsnummer: DE56ZZZ00000829184*

Akad. Titel	Vorname	Name
-------------	---------	------

Dienstadresse	Zustelladresse? Dann bitte ankreuzen: <input type="checkbox"/>
---------------	--

Tel.	Fax	E-Mail
------	-----	--------

Privatadresse	Zustelladresse? Dann bitte ankreuzen: <input type="checkbox"/>
---------------	--

Tel.	Fax	E-Mail
------	-----	--------

Niedergelassener Arzt

Klinikarzt

Facharzt für .....

Zusatzbezeichnung:  Allergologie  Päd. Pneumologie  Umweltmedizin

Ich ermächtige die oben ausgewählte Arbeitsgemeinschaft, den gültigen Mitgliedsbeitrag von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von dieser Arbeitsgemeinschaft auf mein Konto gezogenen 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.

Die Mandatsreferenz für die Abbuchungen wird mir separat mitgeteilt.

IBAN
------

BIC	Unterschrift (Einzugsermächtigung)
-----	------------------------------------

Ort, Datum	Unterschrift (Mitgliedschaft)
------------	-------------------------------