



International Society For Apheresis

European Group

Aufnahmeantrag auf Mitgliedschaft in der European Group – International Society for Apheresis (E-ISFA) e.V.

Name	Vorname	Titel	Geb.-Datum
------	---------	-------	------------

Firma/Körperschaft/Institution	Position/Abteilung
--------------------------------	--------------------

Telefon-Nr.	Fax-Nr.
-------------	---------

e-Mail-Adresse	Homepage-Adresse
----------------	------------------

Adresse/Land

Antrag auf Mitgliedschaft:

- ordentliches Mitglied assoziiertes Mitglied Fördermitglied „Gold“
 Fördermitglied „Silber“
 Fördermitglied „Bronze“

Ich bin bereits Mitglied der ISFA:

Mitgliedsnummer ISFA eintragen

Hiermit erkenne ich die Vereinssatzung und die Beitragsordnung des E-ISFA e.V. an und unterstütze die satzungsgemäßen Ziele des E-ISFA e.V.:

Ort, Datum	Unterschrift
------------	--------------

Einzugsermächtigung:

SEPA-Lastschriftmandat für wiederkehrende Zahlungen
Gläubiger-Identifikationsnummer: DE06ZZZ00002002038
Mandatsreferenznummer: – Mitglied

Dieses SEPA-Lastschriftmandat gilt für den jeweils jährlich fälligen Mitgliedsbeitrag für den E-ISFA e.V.

Ich/Wir ermächtige/n den E-ISFA e.V., Zahlungen von meinem/unseren Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise/n ich/wir mein/unser Kreditinstitut an, die vom E-ISFA e.V. auf mein/unser Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

E-ISFA e.V.
Postanschrift: Friedrich-Barnewitz-Straße 8 in 18119 Rostock
Internet: www.e-isfa.eu · Sitz des Vereins: Rostock · Eintragung: Amtsgericht Rostock VR 10461
Steuernummer: 079/141/19426

Vorstand: Prof. Dr. med. Bernd Hohenstein (Vorsitzender) · Dr. med. Wolfgang Ramlow (Stellvertretender Vorsitzende)
Dr. med. Jens Ringel (Sekretär/Schatzmeister) · Dr. med. Grit Waitz (Schriftführerin)

Bankverbindung: Deutsche Apotheker- und Ärztebank eG, IBAN: DE50 3006 0601 0005 3301 84, BIC: DAAEDEDXXX

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.

Name des Kontoinhabers

Name des Kreditinstitutes

BIC*:

IBAN*:

* Diese Angaben finden Sie auf Ihrem Kontoauszug.

Datum/ Unterschrift des Kontoinhabers

Einverstanden (durch den Vorstand auszufüllen):

ordentliches Mitglied

assoziiertes Mitglied

Fördermitglied

Ort, Datum

Geschäftsführender Vorstand

Geschäftsführender Vorstand

E-ISFA e.V.

Postanschrift: Friedrich-Barnewitz-Straße 8 in 18119 Rostock

Internet: www.e-isfa.eu · Sitz des Vereins: Rostock · Eintragung: Amtsgericht Rostock VR 10461

Steuernummer: 079/141/19426

Vorstand: Prof. Dr. med. Bernd Hohenstein (Vorsitzender) · Dr. med. Wolfgang Ramlow (Stellvertretender Vorsitzende)
Dr. med. Jens Ringel (Sekretär/Schatzmeister) · Dr. med. Grit Waitz (Schriftführerin)

Bankverbindung: Deutsche Apotheker- und Ärztebank eG, IBAN: DE50 3006 0601 0005 3301 84, BIC: DAAEDEDXXX