



Aufnahmeantrag

Ich beantrage gemäß §3 die Mitgliedschaft in der
Deutschen Gesellschaft für Endodontie e.V. (DGEndo)

Name _____ Vorname _____

Titel _____ Geburtsdatum _____

Beruf _____

Straße _____ PLZ Wohnort _____

Telefon _____ Telefax _____

E-Mail _____

Ich bin selbstständig Assistent Hochschulangehöriger

andere (bitte angeben) _____

Folgende Kollegen befürworten meine Aufnahme und bestätigen, dass die Aufnahmevoraussetzungen nach §3 Abs. 1a-c erfüllt sind.

1. _____

2. _____

Ort, Datum _____ Unterschrift _____

Bemerkungen: _____

Ermächtigung zum Einzug von Forderungen durch Lastschriften

An (Zahlungsempfänger)

Deutsche Gesellschaft für Endodontie e.V., Grüneburgweg 12, 60322 Frankfurt am Main

Name, Vorname und genaue Anschrift des Kontoinhabers:

Name _____ Vorname _____

Straße _____ PLZ Wohnort _____

Hiermit ermächtige(n) ich/wir Sie widerruflich, die von mir/uns zu entrichtenden Zahlungen wegen (Verpflichtungsgrund, ggf. Betragsbegrenzung)

Jahresbeitrag für die Mitgliedschaft in der „Deutschen Gesellschaft für Endodontie e.V.“

bei Fälligkeit zu Lasten meines/unseres Girokontos Nr. _____

bei (kontoführendes Kreditinstitut) _____

Bankleitzahl _____ durch Lastschrift einzuziehen.

Wenn mein/unser Konto die erforderliche Deckung nicht aufweist, besteht seitens des kontoführenden Kreditinstituts (siehe oben) keine Verpflichtung zur Einlösung.
Teileinlösungen werden im Lastschriftverfahren nicht vorgenommen.

Ort, Datum _____

Unterschrift(en) des/der Zahlungspflichtigen _____
