



## Aufnahmeantrag

Deutsche Gesellschaft  
für intrakranielle Hypertension e.V.  
- Mitgliederverwaltung -  
Hauptstraße 88  
53604 Bad Honnef

**Mitgliederkategorie:**

Bitte ankreuzen!

- Betroffene/r  
 Angehörige/r  
 Ärztin/Arzt  
 Sonstiges

Herr    Frau    Dr.    \_\_\_\_\_

Vor- und Familienname: \_\_\_\_\_

Anschrift: \_\_\_\_\_

Postleitzahl / Wohnort: \_\_\_\_\_

E-Mail-Adresse: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_-\_\_\_\_-\_\_\_\_

Hiermit beantrage ich beim Vorstand die Aufnahme als Mitglied zum nächstmöglichen Zeitpunkt.  
Die Regelungen der Gesellschaftssatzung erkenne ich an.

Als **monatlichen Mitgliedsbeitrag** wähle ich:  2 Euro    4 Euro    8 Euro  
 (mindestens 8:) \_\_\_\_\_ Euro

Gewünschte Zahlungsweise    monatlich    halbjährlich    jährlich

\_\_\_\_\_  
 Ort, Datum    Unterschrift

**Möchten Sie, dass wir Ihre Mitgliedsbeiträge regelmäßig von Ihrem Girokonto einziehen?**

SEPA-Lastschriftmandat	Gläubiger-Identifikationsnummer: DE8700100000782260      Mandatsreferenz: wird separat mitgeteilt
	Ich ermächtige die Deutsche Gesellschaft für intrakranielle Hypertension e.V., Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von der Deutschen Gesellschaft für intrakranielle Hypertension e.V. auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.
	<i>Hinweis:</i> 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.
	Spätestens fünf Bankarbeitstage vor der ersten Fälligkeit werde ich per E-Mail informiert.
Meine IBAN: <b>D   E</b>   _____	
_____ Ort, Datum <span style="margin-left: 200px;"> Unterschrift</span>	

Eingangsdatum _____	Aufnahmedatum _____	Aufn. Vorstand _____	Mitgl.-Nr. _____
Eintrittsdatum _____	Austrittsdatum _____	Mandatsreferenz _____	PN _____