

Vereinigung Niederrheinisch-Westfälischer Chirurgen



Aufnahmeantrag

An
Dr. med. Kirsten Meurer, MBA
Schatzmeisterin
St. Josef-Hospital Bochum
Gudrunstr. 56
44791 Bochum

Antrag zur Aufnahme in die Vereinigung Niederrheinisch-Westfälischer Chirurgen

Ich möchte Mitglied in der Vereinigung Niederrheinisch-Westfälischer Chirurgen werden und bitte, mich in das Mitgliederverzeichnis aufzunehmen. Ich versichere, den Mitgliedsbeitrag, fällig am Jahresanfang, auf das unten aufgeführte Konto zu überweisen. Im Beitrittsjahr ist die Mitgliedschaft beitragsfrei. Durch eine schriftliche Erklärung kann ich die Mitgliedschaft zum Ende eines Kalenderjahres kündigen.

Der Mitgliedsbeitrag beträgt für:

Assistenzärzte 30 €
Oberärzte und Niedergelassene Chirurgen 40 €
Leitende Ärzte und Chefärzte 50 €

Titel	<input type="checkbox"/> Dr. med.	<input type="checkbox"/> PD Dr. med.	<input type="checkbox"/> Prof. Dr. med.
Nachname			
Vorname			
Geschlecht	<input type="checkbox"/> männlich	<input type="checkbox"/> weiblich	
Geburtsdatum			
Dienstlich			
Institution	<input type="checkbox"/> Praxis	<input type="checkbox"/> Krankenhaus ¹⁾	
Name der Institution ¹⁾			
Klinik			
Dienstposition			
Straße / Hausnummer			
PLZ / Ort			
E-Mail Adresse			
Telefon			
Fax			
Privat			
Straße / Hausnummer			
PLZ / Ort			
E-Mail Adresse			
Telefon			
Fax			

Datenschutz-Grundverordnung (EU-DSGVO)

Ich willige ein, dass meine Angaben aus diesem Aufnahmeantrag zum Zwecke der Beantwortung meiner Anfrage erfasst und verarbeitet werden. Nach abgeschlossener Bearbeitung werden die Daten der Anfrage gelöscht. Bitte beachten: Die erteilte Einwilligung kann jederzeit für die Zukunft per E-Mail an k.meurer@klinikum-bochum.de widerrufen werden. Weitere Informationen finden Sie in unserer Datenschutzerklärung auf unserer homepage.

Einzugsermächtigung

Falls Sie den Jahresbeitrag per Lastschriftverfahren begleichen möchten, so bitten wir Sie, folgende Einzugsermächtigung und SEPA-Lastschriftmandat („Single Euro Payments Area“ – einheitliche Gestaltung des bargeldlosen europäischen Zahlungsverkehrs) auszufüllen.

SEPA-Lastschriftmandat

Ich ermächtige widerruflich die Vereinigung Niederrheinisch-Westfälischer Chirurgen, **Gläubiger-ID DE57ZZZ00000073633**, einmal jährlich am 15. Mai oder, falls dieser Tag auf einen Feiertag oder Wochenende fällt, am darauffolgenden Geschäftstag den Jahresbeitrag von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von der Vereinigung Niederrheinisch-Westfälischer Chirurgen auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen. Meine **Mandatsreferenz** (individuelle Kennziffer, die im Verwendungszweck der Lastschrift aufgeführt wird) wird mir separat bekanntgegeben.

Hinweis: Ich kann innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung der per Lastschrift eingezogenen Zahlung verlangen. Es gelten dabei die mit meinem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

Der Mitgliedsbeitrag beträgt für:

Assistenzärzte	30 €
Oberärzte und Niedergelassene Chirurgen	40 €
Leitende Ärzte und Chefärzte	50 €

Kontoinhaber						
Kreditinstitut						
BIC (Bank Identifier Code)						
IBAN (International Bank Account Number)	DE					
Datum:	Unterschrift:					

Bürgen

Bitte tragen Sie Namen von 2 Bürgen ein, die bereits Mitglied in der Vereinigung Niederrheinisch-Westfälischer Chirurgen sind. Falls Sie niemanden in der Vereinigung kennen, so vermerken Sie dies bitte durch einen entsprechenden Eintrag.

Bürge 1	Name:
	Ort:
Bürge 2	Name:
	Ort:

Bankverbindung der Vereinigung Niederrheinisch-Westfälischer Chirurgen

Kontoinhaber	Vereinigung NRW-Chirurgen					
Gläubiger-Identifikationsnummer	DE57ZZZ00000073633					
Kreditinstitut	Bank im Bistum Essen					
BIC (Bank Identifier Code)	GENODED1BBE					
IBAN (International Bank Account Number)	DE43	3606	0295	0077	2000	10