

Antrag auf fördernde Mitgliedschaft gemäß § 3 Ziffer 4 Satz 2 der Satzung

Wir bitten Sie um vollständige Angaben. Zutreffendes kreuzen Sie bitte an.

Die Satzung der DGfW e.V. habe ich gelesen und möchte die Gesellschaft mit einem jährlichen fördernden Beitrag in Höhe von 24 € 48 € 96 € _____ € unterstützen.

Herr Frau

Anrede

Akad. Titel

Geburtsdatum

Name

Vorname

Privatadresse (erforderlich)

Dienstadresse

Straße, Nr.

Einrichtung (Name des Klinikum – der Klinik – der Abteilung)

Postfach

Straße, Nr.

PLZ

Ort

PLZ

Ort

Land

Land

Telefon

Fax

Telefon

Fax

Persönliche E-Mail – Voraussetzung für den Zugang zum internen Mitgliederbereich

E-Mail

Bitte senden Sie die **Post** an meine

Privatadresse

Dienstadresse

Berufsausübung als

Angestellter

Selbständiger

freier Mitarbeiter

Beruf/Tätigkeit

Sonstige

Ich habe Interesse an **aktiver Mitarbeit**

Ja Nein

Meine Interessen sind:

Aus-, Fort- und Weiterbildung

Schreiben von Beiträgen für Newsletter

Verfassen wissenschaftlicher Publikationen

Internetpräsentation

Zeitschrift für Wundheilung, Newsletter

Gesundheitspolitik/Patienteninformation

Entwicklung von Leitlinien

Bürotätigkeit, Service bei Veranstaltungen

Ja, ich möchte eine einmalige Spende in Höhe von _____ € tätigen.

Bei Spenden kleiner 100 € ist der Kontoauszug als Nachweis beim Finanzamt ausreichend.

Bei Spenden ab 100 € erhalten Sie automatisch eine Spendenbescheinigung nach Zahlungseingang und Buchung Ihrer Spende.

Unsere Bankverbindung für Spenden lautet:

IBAN: DE73 5139 0000 0045 4674 14 SWIFT/BIC: VBMHDE5F

Ort

Datum

Unterschrift

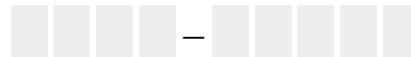
SEPA-Lastschriftmandat

für SEPA-Basis-Lastschriftverfahren

Deutsche Gesellschaft für Wundheilung und Wundbehandlung e.V.

Glaubrechtstraße 7, 35392 Gießen
Gläubiger-Identifikationsnummer

DE20ZZZ00000132305



Mandatsreferenz (=Mitgliedsnummer) *wird von der DGfW ausgefüllt*

Ich ermächtige die

Deutsche Gesellschaft für Wundheilung und Wundbehandlung e.V.

Glaubrechtstraße 7, 35392 Gießen,

Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von der Deutschen Gesellschaft für Wundheilung und Wundbehandlung e.V. 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.

Mitglied

Nachname

Vorname

Kontoinhaber

Nachname

Vorname

Straße, Nr.

PLZ und Ort

Bankverbindung

Kontonummer

Bankleitzahl

Name des Kreditinstituts

Konto

PLZ und Ort

BIC

DE

IBAN

Ort

Datum

Unterschrift des Kontoinhabers