



Titel: _____ **Vorname** _____ **Name:** _____

Geburtsdatum: _____ **Beruf:** _____ **Fachrichtung:** _____

Privatanschrift:

Straße: _____

PLZ: _____ **Ort:** _____

Dienstanschrift:

Straße: _____

PLZ: _____ **Ort:** _____

Erreichbar Telefon: _____ **Fax:** _____

Email: _____

Schriftwechsel bitte an: **Dienstanschrift** **Privatanschrift** (zutreffendes bitte ankreuzen)

Ort, Datum _____ **Unterschrift/Stempel** _____

Der Mitgliedsbeitrag beträgt pro Kalenderjahr € 100,- für Ärzte, Psychologen, Naturwissenschaftler, € 50,- für Assistenzärzte (Ermäßigung gilt für 2 Jahre), € 25,- für Angehörige medizinischer Assistenzberufe. Freie Mitgliedschaft für Studenten/AiP sowie Angehörige medizinischer Assistenzberufe in Mitgliedspraxen. Die Teilnahme am Einzugsverfahren ist obligatorisch.

Ermächtigung zum Einzug der Mitgliedsbeiträge mittels SEPA-Lastschriftmandat

Gläubiger-Identifikationsnummer DE31ZZZ00000746893	
Mandatsreferenz (wir Ihnen vor dem ersten Einzug schriftlich mitgeteilt)	
SEPA-Lastschriftmandat	
Ich ermächtige die Deutsche Gesellschaft für Schmerzmedizin e.V. , Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von der Deutsche Gesellschaft für Schmerzmedizin 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.	
_____ Vorname und Name (Kontoinhaber)	
_____ Straße und Hausnummer	_____ Postleitzahl und Ort
_____ Kreditinstitut (Name und BIC)	
DE ____ ____ ____ ____ ____ ____ IBAN	
_____ Datum, Ort und Unterschrift	