

Kompetenznetzwerk Hämorrhagische Diathese OST

Berlin-Chemnitz-Cottbus-Dresden-Erfurt-Frankfurt (Oder)-Greifswald-Halle-Jena-Leipzig-Lichtenstein-Magdeburg-Neubrandenburg-Potsdam-Rostock-Saalfeld-Schwerin-Stadtroda-Zwickau



Dr. Harry Sirb
DRK Krankenhaus Lichtenstein
Klinik für Kinder- und Jugendmedizin
Hartensteiner Str. 42
09350 Lichtenstein

Sprecher:
Prof. Dr. med. habil.
Ralf Knöfler
Universitätsklinikum
Dresden
Fetscherstraße 74
01307 Dresden
Tel.: 0351 458-4799

Schriftführerin:
Dr. K. Schilling
Universitätsklinikum Jena
Erlanger Allee 101
07740 Jena
Tel.: 03641 9324572

Schatzmeister:
Dr. Harry Sirb
DRK Krankenhaus
Lichtenstein
Hartensteiner Str. 42
09350 Lichtenstein
Tel.: 037204 323080

Sehr geehrte Frau Kollegin / Sehr geehrter Herr Kollege,

die Zahlung Ihres jährlichen Beitrages können Sie risikofrei von Ihrem Bank-, Sparkassen- oder Postgirokonto erledigen lassen. Bitte füllen Sie das angefügte Formular aus und senden Sie es unterschrieben zurück an den Schatzmeister des "Kompetenznetzwerkes Hämorrhagische Diathese OST e. V.".

Einzugsermächtigung / SEPA-Lastschriftmandat

Hiermit ermächtige ich das "Kompetenznetzwerkes Hämorrhagische Diathese OST" widerruflich, die von mir zu entrichtenden Beitragszahlungen für die Mitgliedschaft im "Kompetenznetzwerk Hämorrhagische Diathese OST e.V." von meinem u. g. Konto mittels Lastschrift einzuziehen.

Der Vorstand verpflichtet sich, die entsprechenden Beiträge unter Angabe der Gläubiger-Identifikationsnummer und Ihrer Mandatsreferenz abzubuchen, wie sie von der jährlichen Mitgliederversammlung beschlossen wurden.

Hinweis: Ich kann innerhalb von 8 Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Es gelten dabei die mit meinem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

Mandatsreferenz *

(wird vom Verein ausgefüllt, bitte freilassen)

KHDO-Mitglied,

KHDO-Mitglied, Eintrittsjahr – lfd. Mitgliedsnr. + Name

Gläubiger-Identifikationsnummer: DE18ZZZ00001366181

Kontoinhaber: (Name, Vorname) _____

Straße und Hausnummer _____

Postleitzahl und Ort _____

Kreditinstitut (Name und BIC) _____

IBAN

DE ____ | ____ | ____ | ____ | ____ | ____

Datum: _____

Unterschrift: _____

VR 27472 B

Gläubiger-ID.: DE18ZZZ00001366181

Steuernummer: 27/640/58005

Bankverbindung: Deutsche Bank

Kontonummer: 41 21 497 00

Bankleitzahl: 130 700 24

IBAN: DE94 1307 0024 0412 1497 00

BIC/SWIFT-Code: DEUTDEDBROS