

Antrag auf Mitgliedschaft

(Bitte in Druckschrift ausfüllen)

Ich beantrage die Mitgliedschaft im Sportärztebund Schleswig-Holstein

ab _____
Monat / Jahr

Titel Vorname Name Geburtsdatum

Post senden an: Privatschrift [] / Dienstl. Anschrift []

Privatschrift	Niedergelassen: -> [] Beamter -> []
Straße:	Angestellter: -> [] Nicht tätig -> [] Student []
PLZ: Ort:	Approbation seit:
Tel:	[FR] Fachrichtung seit
Fax:	Diplom Sportmedizin? Ja [] seit
Handy:	Zusatzbezeichnung Sportmedizin? Ja [] seit
Internet:	Weitere Zusatzbezeichnungen:
E-Mail:	

Praxisanschrift	Krankenhausanschrift
Straße:	Krankenhaus:
PLZ: Ort:	Abt:
Tel:	Straße:
Fax:	PLZ: Ort:
E-Mail:	Tel: Fax:
Internet:	E-Mail:
	Internet:

von mir betreute Sportarten / Vereinsbetreuung:		
von mir ausgeübte Sportarten:		
Haben Sie Interesse, als Referent bei Fort- u. Weiterbildungen tätig zu werden?	ja []	nein []
Sind Sie bereit, E-Mail-Anfragen (z. B. von Patienten, Kollegen) zu beantworten?	ja []	nein []

Sportärztebund S.-H. Sparkasse Kiel
Olshausenstr. 40 BLZ 210 501 70
24098 Kiel K-Nr: 23 002 603

IBAN: DE13 2105 0170 0023 0026 03
BIC: NOLADE21KIE

Postbank Hamburg
BLZ 200 100 20
K-Nr: 115 855 205

IBAN: DE63 2001 0020 0115 8552 05
BIC: PBNKDEFF

Erteilung einer Einzugsermächtigung und eines SEPA Lastschriftmandats

Der Mitgliedsbeitrag (z.Zt. 54,- €) wird einmal jährlich am Anfang des Jahres per SEPA-Basis-Lastschrift eingezogen. Fällt der genannte Einzugstermin auf ein Wochenende oder einen Feiertag, wird der nächste Geschäftstag gewählt.

Name des Zahlungsempfängers: Sportärztebund Schleswig-Holstein e.V.
<u>Anschrift des Zahlungsempfängers</u> Straße und Hausnummer: Olshausenstr. 40
Postleitzahl und Ort: 24098 Kiel
Gläubiger-Identifikationsnummer: DE64ZZZ00000516797
Mandatsreferenz (vom Zahlungsempfänger auszufüllen): Die Mandatsreferenz entspricht der Mitglieds-Nr., die mit dem Eintritt versendet wird.
Einzugsermächtigung: Ich ermächtige den Zahlungsempfänger "Sportärztebund Schleswig-Holstein e.V." widerruflich, die von mir zu entrichtenden Zahlungen bei Fälligkeit durch Lastschrift von meinem Konto einzuziehen. SEPA-Lastschriftmandat: Ich ermächtige (A) den Zahlungsempfänger "Sportärztebund Schleswig-Holstein e.V." Zahlungen von meinem Lastschrift einzuziehen. Zugleich (B) weise ich mein Kreditinstitut an, die vom Zahlungsempfänger "Sportärztebund Schleswig-Holstein 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.
Zahlungsart: <input checked="" type="checkbox"/> Wiederkehrende Zahlung <input type="checkbox"/> Einmalige Zahlung
Name des Zahlungspflichtigen (Kontoinhaber):
<u>Anschrift des Zahlungspflichtigen (Kontoinhaber)</u> Straße und Hausnummer:
Postleitzahl und Ort:
IBAN des Zahlungspflichtigen (max. 22 Stellen): DE
BIC (8 oder 11 Stellen): DE
Ort: Datum (TT/MM/JJJJ):
Unterschrift(en) des Zahlungspflichtigen (Kontoinhaber):

Sportärztebund S.-H.
Olshausenstr. 40
24098 Kiel

Sparkasse Kiel
BLZ 210 501 70
K-Nr: 23 002 603
IBAN: DE13 2105 0170 0023 0026 03
BIC: NOLADE21KIE

Postbank Hamburg
BLZ 200 100 20
K-Nr: 115 855 205
IBAN: DE63 2001 0020 0115 8552 05
BIC: PBNKDEFF

Vor dem ersten Einzug einer SEPA-Lastschrift wird mich der Zahlungsempfänger "Sportärztebund Schleswig-Holstein e.V." über den Einzug in dieser Verfahrensart unterrichten, die SEPA-Lastschrift der Beiträge der folgenden Jahre wird nicht mehr einzeln angekündigt.

Einverständniserklärung

Ich bin mit der Weitergabe meiner Daten an die DGSP (Deutsche Gesellschaft für Sportmedizin und Prävention) e.V. einverstanden, wenn ich nicht innerhalb von 4 Wochen einen schriftlichen Widerspruch beim Landesverband Schleswig-Holstein eingereicht habe.

Ort

den

Unterschrift

Aktion 2018 – Mitglieder werben Mitglieder

Ich wurde geworben von:

Name: _____

Anschrift: _____

Sportärztebund S.-H.
Olshausenstr. 40
24098 Kiel

Sparkasse Kiel
BLZ 210 501 70
K-Nr: 23 002 603
IBAN: DE13 2105 0170 0023 0026 03
BIC: NOLADE21KIE

Postbank Hamburg
BLZ 200 100 20
K-Nr: 115 855 205
IBAN: DE63 2001 0020 0115 8552 05
BIC: PBNKDEFF