

Landesarbeitsgemeinschaft Rheumatologie und kooperatives Rheumazentrum Rheinland-Pfalz e.V.

Geschäftsstelle: Acura Kliniken, Kaiser-Wilhelm-Str. 9-11, 55543 Bad Kreuznach

Antrag

zur Aufnahme in die Landesarbeitsgemeinschaft Rheumatologie und kooperatives Rheumazentrum Rheinland Pfalz e.V. (ARRP)

Name:	_____	Geb. Datum:	_____
Vorname:	_____	Nationalität:	_____
Titel:	_____		
Anschrift:	dienstlich	privat	
Abteilung:	_____		
Straße:	_____	_____	
PLZ/Ort:	_____	_____	
Tel.Nr.:	_____	_____	
e-mail:	_____	_____	

Ich stelle hiermit den Antrag als Mitglied in die Landesarbeitsgemeinschaft Rheumatologie und kooperatives Rheumazentrum Rheinland Pfalz e.V. (ARRP) aufgenommen zu werden.

Ort, Datum, Unterschrift

SEPA-Lastschriftmandat

Gläubiger-Identifikationsnummer: DE59ZZZ00000466932
Mandatsreferenz (wird separat mitgeteilt)

Ich ermächtige die Landesarbeitsgemeinschaft Rheumatologie und kooperatives Rheumazentrum Rheinland Pfalz e.V. (ARRP) die Mitgliedsbeiträge von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von der ARRP 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: Wiederkehrende Zahlung **30,00 € jährlich**

Vorname und Nachname (Kontoinhaber)

IBAN

BIC (8 oder 11 Stellen)

Ort und Datum

Unterschrift