



Kompetenznetz Darmerkrankungen e. V.

Hopfenstraße 60, 24103 Kiel

FAX: 0431- 592 957 - 3988

E-Mail: sekretariat@kompetenznetz-ced.de

**Aufnahmeantrag
für eine persönliche ordentliche Mitgliedschaft**

Name _____ Geb.datum _____

Institution _____

Anschrift _____

E-Mail _____ Telefon / Fax _____

Ich erkenne die gültige Satzung des Kompetenznetz Darmerkrankungen e. V. an. Ich erkläre mich einverstanden, dass die persönlichen Daten im Rahmen der Eintrittserklärung ausschließlich für interne Zwecke des Vereins in der Datenverarbeitung genutzt werden.

Ich bin mit der Veröffentlichung meiner Praxisdaten (Adressdaten) auf der Homepage des Kompetenznetz Darmerkrankungen e. V. einverstanden. Ja Nein

Eintrittsdatum

Ort / Datum / Unterschrift u. Stempel

SEPA-Lastschriftmandat:

Hiermit bitte(n) ich/wir widerruflich den jährlichen Mitgliedsbeitrag in Höhe von € 50,00 zu Lasten folgenden Girokontos abzubuchen:

Name des Kontoinhabers: _____

IBAN: _____

BIC: _____

Geldinstitut _____

Unterschrift des Kontoinhabers

Ort/Datum