



Beitrittsantrag Einzelmitgliedschaft

European Dental Association (EDA) e. V.

Titel	Vorname	Name
Geburtsdatum	Nationalität	E-Mail
Straße / Haus-Nr.		
PLZ	Ort	Land
Telefon Praxis	Handy	
Fax Praxis	Internet	
Spezialisierungen, Zertifizierungen, ...		
Mitgliedschaften (Arbeitskreise, Studiengruppen, ...)		
Bei Aufnahme wird der jährliche Beitrag von z. Zt. 150,00 Euro per SEPA Lastschriftverfahren eingezogen.		

European Dental Association e.V. | Neisserstr. 10b | D – 87437 Kempten

Gläubigeridentifikationsnummer: DE35ZZZ00001061101

Mandatsreferenz: wird separat mitgeteilt

SEPA- Lastschriftmandat

Ich ermächtige die European Dental Association e.V., Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von der European Dental Association auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

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.

Vorname und Name (Kontoinhaber)

Straße und Hausnummer

Land, PLZ und Ort

Kreditinstitut (Name und BIC)

DE __ | ____ | ____ | ____ | ____ | ____
IBAN

Datum, Ort und Unterschrift