



# Beitrittsantrag institutionelle Mitgliedschaft

European Dental Association (EDA) e. V.

Name, Verein, Firma	Präsident, Vorsitz, Leitung	Vorname	Name
Sekretariat	Vorname		Name
Straße / Haus-Nr.			
PLZ	Ort		Land
Telefon Leitung			Telefon Sekretariat
Fax Sekretariat			Internet
Email Sekretariat			Email Sekretariat
Fortbildungsschwerpunkte			

Bei Aufnahme wird der jährliche Beitrag von z. Zt. 1000,00 Euro per SEPA Lastschriftverfahren eingezogen.

**European Dental Association e.V. | Füssener Str. 25 | 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.

\_\_\_\_\_  
Firma, Vorname und Name (Kontoinhaber)

\_\_\_\_\_  
Straße und Hausnummer

\_\_\_\_\_  
Land, PLZ und Ort

\_\_\_\_\_  
Kreditinstitut (Name und BIC)

DE \_\_\_\_|\_\_\_\_|\_\_\_\_|\_\_\_\_|\_\_\_\_|\_\_\_\_  
IBAN

\_\_\_\_\_  
Datum, Ort und Unterschrift