

ANTRAG AUF MITGLIEDSCHAFT

Ich möchte Mitglied der SMS – Internationale Gesellschaft für Chinesische Medizin e.V. werden.

Meine Mitgliedschaft soll starten ab sofort ab Januar des nächsten Kalenderjahres

(Vorname, Name, akad. Grade)

(Geburtsdatum)

(Beruf bzw. ärztliche Fachrichtung)

(Straße, Hausnummer)

(PLZ, Ort)

(Telefon / Mobil)

(Fax)

(E-Mail)

(Unterschrift)

Bitte füllen Sie diesen Antrag möglichst in Blockschrift aus und senden Sie diesen unterschrieben im Original per Post an u.g. Adresse, vielen Dank.

MANDAT zum Einzug von Forderungen mittels SEPA-Basislastschrift

Name und Adresse des Zahlungsempfängers:

SMS-Internationale Gesellschaft für Chinesische Medizin, Franz-Joseph-Straße 38, 80801 München

Gläubiger-Identifikationsnummer: DE37SMS00001096470

Die SMS teilt die Mandatsreferenz zu dieser Einwilligung separat mit.

Hiermit ermächtige(n) ich (wir) widerruflich o. g. Zahlungsempfänger

einmalig wiederkehrend

den **Mitgliedsbeitrag** von z. Zt. jährlich **180 € (Medizinstudenten können bei Vorlage einer Immatrikulationsbescheinigung jeweils bis zum 15. April einen ermäßigten Mitgliedsbeitrag von z. Zt. jährlich 55 € nutzen)**

Rechnungsbeträge für Kurse der Ärztlichen/Offenen Schule

bei Fälligkeit von meinem (unserem) Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise(n) ich (wir) mein (unser) Kreditinstitut an, die von o. g. Zahlungsempfänger auf mein (unser) Konto gezogene(n) Lastschrift(en) einzulösen.

Dieses Mandat ist gültig

betraglich unbegrenzt bis zu einem Betrag in Höhe von _____ Euro.

Hinweis: Ich bin (wir sind) berechtigt, von meinem (unserem) kontoführenden Kreditinstitut eine Rückerstattung des eingezogenen Betrages innerhalb von 8 Wochen, beginnen mit dem Tag, an dem mein (unser) Konto belastet wurde, zu verlangen.

Es gelten dabei die mit meinem (unserem) Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

(Name des Zahlungspflichtigen)

(Adresse wie oben. Falls abweichend, bitte mit vollständigen Angaben korrigieren.)

(IBAN des/der Zahlungspflichtigen)

(BIC des kontoführenden Kreditinstitutes)

(Kontoführendes Kreditinstitut)

(Ort, Datum)

(Rechtsverbindliche Unterschrift Zahlungspflichtiger)

Adress- und Kontoänderungen bitte sofort mitteilen. Es entstehen sonst Bearbeitungskosten seitens der Bank, die wir an Sie weiterreichen müssten. Der **Mitgliedsbeitrag** beträgt z. Zt. jährlich **180 € (Medizinstudenten können bei Vorlage einer Immatrikulationsbescheinigung jeweils bis zum 15. April einen ermäßigten Mitgliedsbeitrag von z. Zt. jährlich 55 € nutzen)**. **Eine Kündigung der Mitgliedschaft zum Ende des Kalenderjahres ist bis zum 30. September möglich.**