

BExMed | Landwehrstr 9 | D-80336 München

Deutsche Gesellschaft f. Berg- u. Expeditionsmedizin  
c/o Hamilton Services  
Landwehrstr. 9  
D - 80336 München

Fax: 089 - 9077 936 20



**BExMed**  
Deutsche Gesellschaft für  
Berg- und Expeditionsmedizin e.V.

Geschäftsstelle  
c/o Hamilton Services  
Landwehrstr 9  
D- 80336 München

Telefon: +49 (0) 89-9077936-12  
Telefax: +49 (0) 89 9077936-20  
E-Mail: info@bexmed.de

Vereinssitz: München

**Präsident:** Prof. Dr. Rainald Fischer  
**Vize-Präsidentin:** Helga Vollendorf

**Bankverbindung**  
Deutsche Apotheker- und  
Ärztbank München  
IBAN DE29 3006 0601 0004 3513 47  
BIC DAAEDED

info@bexmed.de  
www.bexmed.de

## Ich möchte Mitglied der BExMed werden

_____	_____
Titel	Geburtsdatum
_____	
Vorname und Name	
_____	
Berufl. Tätigkeit	
_____	
Straße und Hausnummer	
_____	
_____	_____
Postleitzahl und Ort	Staat
_____	
_____	_____
Emailadresse	Festnetz und Mobilnummer

### Mitgliedsbeiträge (bitte ankreuzen):

- |  |         |
|--|---------|
| <input type="checkbox"/> Jahresbeitrag   | 40,- €  |
| <input type="checkbox"/> Ermäßigter Beitrag für Studenten, Arbeitslose, Rentner (Nachweis liegt bei) | 20,- €  |
| <input type="checkbox"/> Beitrag für fördernde Mitglieder und Institutionen                          | 500,- € |

Mitgliedschaft soll beginnen:  sofort  ab dem:

Ich nehme am Lastschriftverfahren teil, das ausgefüllte SEPA-Lastschriftmandat liegt meinem Mitgliedsantrag bei.

Mitglieder der BExMed erhalten ein kostenfreies Abonnement der Zeitschrift Flug,- Tropen,- Reisemedizin. Für die Zustellung, benötigen wir Ihr Einverständnis zur Mitteilung Ihrer Adressdaten an den Thieme-Verlag.

Ja, ich möchte die Fachzeitschrift Flug,- Tropen,- Reisemedizin erhalten und bin mit der Weitergabe meiner Adressdaten an den Thieme-Verlag einverstanden.

**Datenschutz:** Ich bin damit einverstanden, dass meine Daten im Rahmen der Vereinsverwaltung elektronisch gespeichert und verarbeitet werden. Außerdem bin ich damit einverstanden von der BExMed Informationen und Neuigkeiten per E-Mail zu erhalten.

\_\_\_\_\_

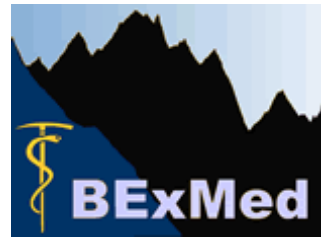
Ort und Datum

\_\_\_\_\_

Unterschrift

**BExMed BExMed BExMed**

**Deutsche Gesellschaft für Berg- & Expeditionsmedizin e.V.**  
**BExMed | Landwehrstr. 9 | D-90336 München**



Gläubiger-Identifikationsnummer (CI/Creditor Identifier)

**DE84ZZZ00000622361**

Mandatsreferenz

Ihre **Mitgliedsnummer** entnehmen Sie bitte dem nächsten Lastschriftinzug oder erfragen diese in der Geschäftsstelle.

## SEPA-Lastschriftmandat

Ich ermächtige die Deutsche Gesellschaft für Berg- & Expeditionsmedizin e.V., Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von der Deutschen Gesellschaft für Berg- & Expeditionsmedizin e.V. auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

Hinweis: Ich kann innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrags verlangen. Es gelten dabei die mit meinem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

---

Vorname und Name Kontoinhaber

---

Straße und Hausnummer

---

Postleitzahl und Ort

Staat

---

Name des Kreditinstituts

-----  
BIC

-----  
IBAN

---

Ort und Datum

Unterschrift

**BExMedBExMedBExMed**