

BExMed | Manzostr 72 | D-80997 München

Deutsche Gesellschaft f. Berg- u. Expeditionsmedizin

Manzostr 72
D – 80997 München

Fax: 089 – 3277 0756



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

Geschäftsstelle
Manzostr 72
D- 80997 München

Telefon: +49 (0) 89 - 3277 0755
Telefax: +49 (0) 89 - 3277 0756
E-Mail: info@bexmed.de

Vereinsitz: München

Präsidentin: Dr. Natalie Hölzl
Vize-Präsidentin: Helga Vollendorf

Bankverbindung
Deutsche Apotheker- und
Ärztebank München
IBAN DE29 3006 0601 0004 3513 47
BIC DAAEEDDD

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 | 50,- € |
| <input type="checkbox"/> Ermäßigter Beitrag für Studenten, Arbeitslose, Rentner (Nachweis liegt bei) | 25,- € |
| <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.

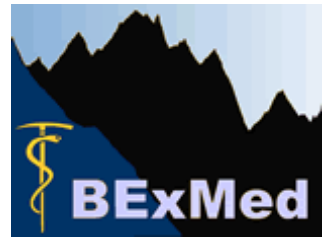
Datenschutz: Ich bin damit einverstanden, dass meine Daten im Rahmen der Vereinsverwaltung elektronisch gespeichert und verarbeitet werden. Außerdem bin ich damit einverstanden von der BExMed Informationen und Neuigkeiten per E-Mail zu erhalten.

Ort und Datum

Unterschrift

BExMedBExMedBExMed

Deutsche Gesellschaft für Berg- & Expeditionsmedizin e.V.
BExMed | Manzostr 72 | D-80997 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