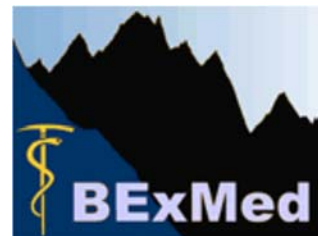


BExMed | Kristin Krahl | Tassilostrasse 2 | D-85540 Haar

Deutsche Gesellschaft f. Berg- u. Expeditionsmedizin  
Kristin Krahl  
Tassilostr. 2  
85540 Haar

Fax: 03212-1079 387



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

**Kristin Krahl | Geschäftsstelle**  
Tassilostr. 2 | D-85540 Haar

Telefon: +49 (0) 89-3265 3672  
Telefax: +49 (0) 3212-1079 387  
E-Mail: info@bexmed.de

**Vereinsitz:** Haar

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

**Bankverbindung**  
Deutsche Apotheker- und  
Ärztbank München  
Ko 0004 3513 47  
BLZ 300 606 01  
IBAN DE29 3006 0601 0004 3513 47  
BIC DAAEDED

[www.bexmed.de](http://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.

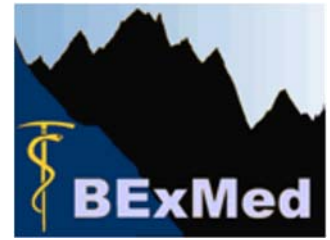
Ja, ich möchte die Fachzeitschrift Flug,- Tropen,- Reisemedizin erhalten und bin mit der Weitergabe meiner Adressdaten an den Thieme-Verlag einverstanden.

**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

Deutsche Gesellschaft für Berg- & Expeditionsmedizin e.V.  
BExMed | Kristin Krahl | Tassilostrasse 2 | D-85540 Haar



Gläubiger-Identifikationsnummer (CI/Creditor Identifier)  
**DE84ZZZ00000622361**

Mandatsreferenz

Ihre **Mitgliedsnummer** entnehmen Sie bitte dem nächsten Lastschrifteinzug 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

\_\_\_\_\_  
Kreditinstitut (Name)

\_\_\_\_\_  
BIC

\_\_\_\_\_  
IBAN

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

*Ausfertigung für die BExMed*

Deutsche Gesellschaft für Berg- & Expeditionsmedizin e.V.  
BExMed | Kristin Krahl | Tassilostrasse 2 | D-85540 Haar



Gläubiger-Identifikationsnummer (CI/Creditor Identifier)

**DE84ZZZ00000622361**

Mandatsreferenz

Ihre **Mitgliedsnummer** entnehmen Sie bitte dem nächsten Lastschrifteinzug 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

\_\_\_\_\_  
Kreditinstitut (Name)

\_\_\_\_\_  
BIC

\_\_\_\_\_  
IBAN

\_\_\_\_\_  
Ort und Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift

*Ausfertigung für den Zahlungspflichtigen*

BExMedBExMedBExMed