



PD Dr. Dr. Sebastian Hoefert

Schriftführer Arbeitskreis Oralpathologie/Oralmedizin
Klinik und Poliklinik für Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie
Universitätsklinikum Tübingen
Oslanderstraße 2-8
72076 Tübingen

BEITRITTSERKLÄRUNG

Interdisziplinären Arbeitskreis Oralpathologie und Oralmedizin (AKOPOM)

Ihre persönlichen Daten (bitte in Druckbuchstaben)

Name: _____
Vorname: _____
Titel: Prof. PD Dr. med. med. dent. sonstiger: _____
Geburtsdatum: ____ (Tag)/ ____ (Monat)/ ____ (Jahr) Geschlecht: m w

Dienstadresse

Institution: _____
Straße: _____
Land, PLZ, Ort: _____
Telefon: _____ Fax: _____
E-Mail: _____
Web-Adresse: _____

Privatadresse

Straße: _____
Land, PLZ, Ort: _____
Telefon: _____ Fax: _____
E-Mail: _____

Ich bin mit der Veröffentlichung meiner Klinik- bzw. Praxisadresse im Internet (www.akopom.de) einverstanden. ja nein

Ich bin mit der Veröffentlichung meiner Klinik- bzw. Praxis-E-Mail-Adresse im Internet (www.akopom.de) einverstanden. ja nein

Ich bin mit der Veröffentlichung meiner Klinik- bzw. Praxis-Webadresse im Internet
(www.akopom.de) einverstanden.

ja nein

Bankverbindung für Einzugsermächtigung

Der AKOPOM-Beitrag wird per SEPA-Lastschrift erhoben. Bei Mitgliedern, die nicht an diesem Verfahren teilnehmen, wird eine Bearbeitungsgebühr von 10,00 € erhoben.

SEPA Lastschriftmandat/ Einzugsermächtigung:

Gläubiger-ID: DE49ZZZ00001831417

Mandatsreferenz: AKOPOM-Beitrag

Ich ermächtige den AKOPOM Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die vom AKOPOM eingezogene Lastschrift einzulösen. Ich werde dafür sorgen, dass jeweils aktuelle Bankdaten dem Schatzmeister des AKOPOM zur Verfügung gestellt und Änderungen zeitnahe schriftlich (z.B. in elektronischer Form) mitgeteilt werden.

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.

BIC: _____

IBAN: _____

Genauere Bezeichnung des Geldinstituts: _____

Name des Kontoinhabers: _____

Beitrag

- | | | |
|--|-----------------------|---------------------------------------|
| Ordentliche Mitglieder | <input type="radio"/> | EURO 15,00 (mit Einzugsermächtigung) |
| | <input type="radio"/> | EURO 25,00 (ohne Einzugsermächtigung) |
| Student/-in | <input type="radio"/> | kostenlos |
| Mitglied nach Vollendung des 65. Lebensjahres und Praxisaufgabe (auf Antrag) | <input type="radio"/> | kostenlos |

Datum: _____

Unterschrift: _____