

MITGLIEDSANTRAG

Hiermit beantrage ich die Mitgliedschaft in der
DEUTSCHEN GESELLSCHAFT FÜR PRAXISLABORATORIEN (DGPL)

.....
Titel, Vorname, Name

.....
Straße (Privatanschrift)

.....
PLZ, Ort (Privatanschrift)

.....
Geburtsdatum

.....
Berufsbezeichnung

.....
Telefon

.....
Mobil

.....
Fax

.....
E-Mail

.....
Homepage

.....
Straße (Praxis/Rechnungsanschrift)

.....
PLZ, Ort (Praxis/Rechnungsanschrift)

.....
Ort, Datum

Vollmitgliedschaft 49,00 Euro

Es wird davon ausgegangen, dass der Mitgliedsbeitrag nicht der Umsatzsteuer unterliegt. Sollte jedoch Umsatzsteuer anfallen, so versteht sich der Mitgliedsbeitrag zuzüglich der gesetzlichen Umsatzsteuer.

- Ich willige ein, dass mir die DGPL postalisch Informationen und Angebote (z.B. für Veranstaltungen und Weiterbildungen) zum Zweck der Werbung übersendet.
- Ich willige ein, dass mir die DGPL per E-Mail/Telefon/Fax* Informationen und Angebote zu Veranstaltungen zum Zweck der Werbung übersendet.
(* bei Einwilligung bitte unzutreffendes streichen)

Sie können jederzeit ohne Angaben von Gründen von Ihrem Widerspruchsrecht Gebrauch machen und die erteilte Einwilligungserklärung mit Wirkung für die Zukunft abändern oder gänzlich widerrufen. Sie können den Widerruf entweder postalisch, per E-Mail oder Fax übermitteln.

Datenschutzrichtlinien unter: www.dgpl.de/datenschutz

.....
Unterschrift

SEPA-Lastschriftmandat / Wiederkehrende Zahlungen

IBAN: DE16 2802 0050 6463 7226 00

Die Mandatsreferenz ist Ihre DGPL-Mitgliedsnummer, die wir Ihnen in Kürze mitteilen werden.

Ich/wir ermächtige(n) die Deutsche Gesellschaft für Praxislaboratorien (DGPL) Zahlungen von meinem/unserem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise(n) ich/wir mein/unser Kreditinstitut an, die von der Deutschen Gesellschaft für Praxislaboratorien (DGPL) auf mein/unser Konto gezogenen Lastschriften einzulösen. Hinweis: Ich kann/wir können innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrags verlangen. Es gelten dabei die mit meinem/unserem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

.....
IBAN

.....
BIC

.....
Kreditinstitut (Name und Sitz)

.....
Kontoinhaber

.....
Ort, Datum

.....
Unterschrift