



## ANTRAG AUF MITGLIEDSCHAFT

Anrede	<input type="checkbox"/> Frau <input type="checkbox"/> Herr
Name	
Vorname	
Geburtsdatum	

Akademischer Grad/Titel <i>(Zutreffendes bitte ankreuzen)</i>	<input type="checkbox"/> Prof. Dr. med	<input type="checkbox"/> Chefärztin/arzt
	<input type="checkbox"/> PD Dr. med	<input type="checkbox"/> (Ltd.) Oberärztin/arzt
	<input type="checkbox"/> Dr. med	<input type="checkbox"/> Stationsärztin/arzt
	<input type="checkbox"/> Dr. Univ.....	<input type="checkbox"/> Assistenzärztin/arzt
	<input type="checkbox"/> cand. med	
Fachrichtung		
Tätig als/in	<input type="checkbox"/> niedergelassen	<input type="checkbox"/> Klinikärztin/arzt
	<input type="checkbox"/> sonstige Institution.....	
Anschrift		

Telefon	
Fax	
eMail	

Hiermit beantrage ich die Mitgliedschaft in der Deutsch-Türkischen Mediziner-Gesellschaft Bayern e.V.

Ort und Datum :

Unterschrift:

SEPA-Lastschriftmandat  
SEPA Direct Debit Mandate

Name des Zahlungsempfängers / Creditor name:

Deutsch-Türkische Mediziner-Gesellschaft Bayern e.V.

Anschrift des Zahlungsempfängers / Creditor address

Straße und Hausnummer / Street name and number:

Mommsenstr. 22

Postleitzahl und Ort / Postal code and city:

90491 Nürnberg

Land / Country:

Deutschland

Gläubiger-Identifikationsnummer / Creditor identifier:

DE25DTM00001392633

Mandatsreferenz (vom Zahlungsempfänger auszufüllen) / Mandate reference (to be completed by the creditor):

Ich ermächtige / Wir ermächtigen (A) den Zahlungsempfänger "automatisierter Name Zahlungsempf. von oben", Zahlungen von meinem / unserem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich (B) weise ich mein / weisen wir unser Kreditinstitut an, die vom Zahlungsempfänger "automatisierter Name Zahlungsempf. von oben" auf mein / unser Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

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

By signing this mandate form, you authorise (A) the creditor "automatisierter Name Zahlungsempf. von oben" to send instructions to your bank to debit your account and (B) your bank to debit your account in accordance with the instructions from the creditor "automatisierter Name Zahlungsempf. von oben".

As part of your rights, you are entitled to a refund from your bank under the terms and conditions of your agreement with your bank. A refund must be claimed within 8 weeks starting from the date on which your account was debited.

Zahlungsart / Type of payment:

Wiederkehrende Zahlung / Recurrent payment  Einmalige Zahlung / One-off payment

Name des Zahlungspflichtigen (Kontoinhaber) / Debtor name:

Anschrift des Zahlungspflichtigen (Kontoinhaber) / Debtor address\*

\* Angabe freigestellt / Optional information

Straße und Hausnummer / Street name and number:

Postleitzahl und Ort / Postal code and city:

Land / Country:

IBAN des Zahlungspflichtigen (max. 35 Stellen) / IBAN of the debtor (max. 35 characters):

BIC (8 oder 11 Stellen) / BIC (8 or 11 characters):

Hinweis: Die Angabe des BIC kann entfallen, wenn die IBAN des Zahlungspflichtigen mit DE beginnt.  
Note: If the creditor's IBAN is beginning with DE, the use of the BIC could be omitted.

Ort / Location:

Datum (TT/MM/JJJJ) / Date (DD/MM/YYYY):

Unterschrift(en) des Zahlungspflichtigen (Kontoinhaber) / Signature(s) of the debtor: