

Verein der Freunde und Förderer
der Medizinischen Fakultät der
Georgia-Augusta zu Göttingen e. V.
Schatzmeister
Dipl.Kfm.Klaus Fischer
Robert-Koch-Str. 42
37075 Göttingen



BEITRITTSERKLÄRUNG

Ab [] trete ich dem obengenannten Verein bei.

Der Jahresbeitrag (Mindestbeitrag 25,- € für Studierende 10,- €) wurde von mir auf [] € festgesetzt.
Er ist steuerlich absetzbar. Ich wünsche keine kostenlose Doppelmitgliedschaft bei alumni Göttingen e.V. []

NAME:

STRASSE (PRIVAT):

STRASSE (DIENSTLICH):

VORNAME:

PLZ/ORT (PRIVAT):

PLZ/ORT (DIENSTLICH):

TITEL/BERUF:

TELEFON (PRIVAT):

TELEFON (DIENSTLICH):

DIENSTSTELLE/INSTITUTION:

FAX (PRIVAT):

FAX (DIENSTLICH):

E-MAIL (PRIVAT)

E-MAIL (DIENSTLICH)

Institution/Firma als Mitglied:

JA: NEIN:
Bitte entsprechendes ankreuzen

UNTERSCHRIFT FÜR MITGLIEDSCHAFT

Datum

Meine Daten werden zu Verwaltungszwecken seitens des Vereins elektronisch gespeichert und verwaltet. Eine Weitergabe der Daten erfolgt nicht. Bei Austritt werden die Daten gelöscht.

Mit Bankeinzug bin ich einverstanden:

JA: NEIN:
Bitte entsprechendes ankreuzen

Einzugsermächtigung für Beiträge ab []

€

Hiermit ermächtige ich den Verein der Freunde und Förderer der Medizinischen Fakultät widerruflich, die Zahlung für den Beitrag jährlich durch Lastschrift einzuziehen. Der Einzug soll erfolgen von meinem Konto

GELDINSTITUT (MIT PLZ UND ORT):

BANKLEITZAHL:

KONTOINHABER (ZUNAME U. VORNAME):

KONTO-NR.:

UNTERSCHRIFT FÜR BANKEINZUG

Sollte mein Konto die erforderliche Deckung nicht ausweisen, so besteht für das kontoführende Geldinstitut keine Verpflichtung zur Einlösung.