

Mitgliedsantrag

Pädiatrische Arbeitsgemeinschaft AIDS e.V. (PAAD)

Formular ausfüllen und per POST an:

**Universitäts-Kinderklinik, KKJM
Gerinnungs- und Immundefektambulanz
Haus 32
Herrn Dr. Dr. med. Christoph Königs
Theodor-Stern-Kai 7

60590 Frankfurt**

Name: _____

Vorname: _____

Geburtstag:
T T M M J J J J

PLZ/Wohnort _____

Straße/Hausnr. _____

Berufsbezeichnung _____

Stempel _____

Ich beantrage hiermit die Mitgliedschaft in der Pädiatrischen Arbeitsgemeinschaft AIDS (PAAD) e.V.
Mit der Aufnahme in die PAAD erkläre ich mich mit den Statuten und allgemeinen
Vertragsbedingungen (s. unten) einverstanden.

Datum _____

Unterschrift _____

SEPA Lastschriftmandat

Hiermit ermächtige ich, _____ ,
(Nachname, Vorname des Kontoinhabers)

wohnhaft _____
(Straße/Nummer) (PLZ/Ort)

die Pädiatrische Arbeitsgemeinschaft AIDS e.V. (PAAD), den **jährlichen Mitgliedsbeitrag von 15 € p.a.** bis auf Widerruf mittels Lastschriftverfahren von meinem Konto einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von der PAAD auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen. Ich kann innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Es gelten dabei die mit meinem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

IBAN: _____

BIC: _____

Datum

Unterschrift