

Schriftführer/Secretary
Univ.-Prof. Dr. med. Friedrich Paulsen
Institut für funktionelle und klinische Anatomie
Friedrich-Alexander-Universität Erlangen-Nürnberg
Universitätsstraße 19
D-91054 Erlangen
Tel.: +49 (0)9131 8522865; Fax: +49 (0)9131 8522862

Vorsitzende/Board

Süleyman Ergün, Würzburg
Lars Klimaschewski, Innsbruck (amtierend/chair)
Kerstin Krieglstein, Freiburg
Wolfgang Kummer, Gießen

Schriftführer/Secretary

Friedrich Paulsen, Erlangen

To the secretary of the Anatomische Gesellschaft
Prof. Dr. med. Friedrich Paulsen
Institute of Anatomy II
Friedrich-Alexander-University Erlangen-Nürnberg
Universitätsstrasse 19
D-91054 Erlangen

Membership application – annual subscription rate: € 70,00 (€ 50,00 students)

as from 2018

I am a student (please mark)

(IBAN: DE50 8008 0000 0205 6720 00, BIC: DRESDEFF800)

I would like to apply for a membership in the Anatomische Gesellschaft.

name

first name

title

university

department

street and street number

postcode and town

country

phone and fax

e-mail

signature

siehe Seite 2 "Einzugsermächtigung"

**Erteilung einer Einzugsermächtigung
und eines SEPA-Lastschriftmandats**

Name des Zahlungsempfängers: Anatomische Gesellschaft

Anschrift des Zahlungsempfängers

Straße und Hausnummer: Universitätsstrasse 19

Postleitzahl und Ort: 91054 Erlangen

Gläubiger-Identifikationsnummer: DE94ZZZ00000912987

Mandatsreferenz (vom Zahlungsempfänger auszufüllen):

Einzugsermächtigung:

Ich ermächtige / Wir ermächtigen den Zahlungsempfänger (Name siehe oben) widerruflich, die von mir / uns zu entrichtenden Zahlungen bei Fälligkeit durch Lastschrift von meinem / unseren Konto einzuziehen.

SEPA-Lastschriftmandat:

Ich ermächtige / Wir ermächtigen (A) den Zahlungsempfänger (Name siehe oben) Zahlungen von meinem / unseren Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich (B) weise ich mein / weisen wir unser Kreditinstitut an, die vom Zahlungsempfänger (Name siehe 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.

Zahlungsart: (bitte ankreuzen)

Wiederkehrende Zahlung Einmalige Zahlung

Name des Zahlungspflichtigen (Kontoinhaber):

Anschrift des Zahlungspflichtigen (Kontoinhaber):

Straße und Hausnummer:

Postleitzahl und Ort:

IBAN des Zahlungspflichtigen (max. 22 Stellen):

DE _____

Ort:

Datum: (TT/MM/JJJJ)

Unterschrift des Zahlungspflichtigen (Kontoinhaber):

Vor dem ersten Einzug einer SEPA-Lastschrift wird mich / uns der Zahlungsempfänger (Name siehe oben) über den Einzug in dieser Verfahrensart unterrichten.