

Schriftführer/Secretary
Prof. Dr. med. Dr. h.c.mult. 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
Stefan Britsch/Ulm
Thomas Deller/Frankfurt
Heike Kielstein/Halle
Jochen Staiger/Göttingen
Schriftführer/Secretary
Friedrich Paulsen, Erlangen

To the secretary of the Anatomische Gesellschaft
Prof. Dr. med. Dr. h.c.mult. Friedrich Paulsen
Institut für Funktionelle und Klinische Anatomie
Friedrich-Alexander-University Erlangen-Nürnberg
Universitätsstrasse 19
D-91054 Erlangen

Membership Application

annual fee: o regular rate (70 €) o Pensioner (35 €) o Student (20 €)
please include certificate of enrollment
bitte Immatrikulationsbescheinigung beifügen

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

last name _____ first name _____

title _____ university/institution _____

department/institute _____

street and number _____

zip code _____ city _____ country _____

e-mail address (university or other official e-mail address) _____

Anatomische Gesellschaft will use this address to regularly send information to. If I don't want to receive the information emails any more, I can unsubscribe at any time by clicking the link in the email.

date _____ signature of applicant _____

signature 1 _____ signature 2 _____
Signatures of two current members of Anatomische Gesellschaft as reference (can also be sent separately)

see page 2 „SEPA Mandat“



0123456789012345678901

SEPA-Lastschriftmandat

SEPA Direct Debit Mandate

Name des Zahlungsempfängers / Creditor name:

Anatomische Gesellschaft

Anschrift des Zahlungsempfängers / Creditor address**Straße und Hausnummer / Street name and number:**

Universitätsstr. 19

Postleitzahl und Ort / Postal code and city:

91054 Erlangen

Land / Country:

Deutschland / Germany

Gläubiger-Identifikationsnummer / Creditor identifier:

DE94ZZZ00000912987

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

Ich ermächtige / Wir ermächtigen (A) den Zahlungsempfänger (Name siehe oben), Zahlungen von meinem / unserem 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.

By signing this mandate form, you authorise (A) the creditor (name see above) 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 (name see above).

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. 34 Stellen) / IBAN of the debtor (max. 34 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:**