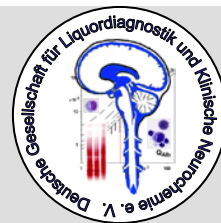


Deutsche Gesellschaft für Liquordiagnostik und Klinische Neurochemie e.V. (DGLN)



Geschäftsstelle DGLN e.V.
Universitätsklinikum Ulm
Neurologie im RKU, M. Hospes, Zi.0.003
Oberer Eselsberg 45

89081 Ulm

Geschäftsstelle DGLN e. V.
Universitätsklinikum Ulm
Neurologie
Oberer Eselsberg 45
89081 Ulm
Tel. 0731-500 63010
Fax 0731-500 63002
info@dgln.de

Aufnahme als Mitglied / Änderungsmitteilung

(nicht zutreffendes bitte durchstreichen)

Name, Vorname: _____ geb.: _____

Titel: _____

Berufsbezeichnung: _____

Dienststellung und
Aufgabengebiet: _____

_____ Tel.: _____

_____ Fax.: _____

Adresse privat: _____ Tel.: _____

E-Mail: _____

Der Jahresbeitrag beträgt z.Zt.:

Akademiker: 25,00 Euro

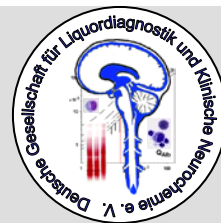
Nicht-Akademiker: 12,50 Euro

Ort, Datum

Unterschrift Antragsteller/Antragstellerin

Bitte auch Erteilung des Lastschriftmandats auf Seite 2 ausfüllen!!

Deutsche Gesellschaft für Liquordiagnostik und Klinische Neurochemie e.V. (DGLN)



Seite 2 zum Antrag auf Aufnahme als Mitglied / Änderungsmitteilung

(Name, Vorname,

Geb.-Datum

Antrag vom (Datum S. 1)

SEPA-Lastschrift-Mandat

Mandats-Referenz-Nummer: _____
(wird von der DGLN vergeben)

Gläubiger-Identifikations-Nr. der DGLN: DE79 ZZZ0 0001 4279 39

Ich ermächtige die Deutsche Gesellschaft für Liquordiagnostik und Klinische Neurochemie e.V. (DGLN), Zahlungen von meinem/unserem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein/unser Kreditinstitut an, die von der DGLN auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

Hinweis: Ich kann innerhalb von 8 Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Es gelten dabei die mit meinem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

Kontoinhaber:

(Name, Vorname)

(Anschrift)

Geldinstitut:

BIC:

IBAN:

Ort, Datum

Unterschrift d. Zahlungspflichtigen/Kontoinhabers