

## Mitgliedsantrag



**Ich möchte dem Verein gastroenterologisch tätiger fachärztlicher Internisten in Berlin e. V. beitreten.**

**Nachname:**

**Vorname:**

**Titel:**

**E-Mail-Adresse:**

**Anschrift:**

**Telefon:**

**Fax:**

**Internetseite:**

Der Mitgliedsbeitrag beträgt im **Jahr 2021 € 80,00** einmal jährlich.

Ich erkläre mich mit der Satzung des Vereins einverstanden. (nachzulesen auf der Internetseite [www.berlingastroenterologen.de](http://www.berlingastroenterologen.de))

**Datum:**

**Unterschrift:**

Bitte faxen Sie den Mitgliedsantrag an folgende Nummer: **030- 633 71 759** oder per Post an:

**Sekretariat des Verein gastroenterologisch tätiger fachärztlicher Internisten in Berlin e.V. / B.E.S.T.  
Chausseestr.16  
10115 Berlin**

---

Ich ermächtige den Verein gastroenterologisch tätiger fachärztlicher Internisten in Berlin e. V. Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von dem Verein gastroenterologisch tätiger fachärztlicher Internisten in Berlin e. V. auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

Hinweis: 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 Name der Bank

---

**Vorname und Name (Kontoinhaber)**

---

**Straße und Hausnummer**

---

**Postleitzahl und Ort**

---

**Kreditinstitut (Name und BIC)**

---

**IBAN**