(Bitte im Original zusenden)

Deutscher Berufsverband
der Hals-Nasen-Ohrenärzte e. V.
Haart 221

24539 Neumünster

BEITRITTSERKLÄRUNG

Hiermit erkläre ich meinen Beitritt zum Deutschen Berufsverband der HNO-Ärzte e. V. Die Aufnahme erfolgt durch das Präsidium und wird mit der Bezahlung des ersten Mitgliedsbeitrages wirksam.

Name und **Vorname** .....

....., den ....
Stempel / Unterschrift

Bitte überweisen Sie den Mitgliedsbeitrag **nach Eingang der Rechnung.**

Bei Erteilung einer Einzugsermächtigung ermäßigt sich der Mitgliedsbeitrag entsprechend der Beitragsstaffel (s. Anlage).

SEPA-Basislastschriftmandat

Deutscher Berufsverband der Hals-Nasen-Ohrenärzte e. V., Haart 221, 24539 Neumünster
Gläubiger-Identifikationsnummer: DE97ZZZ00000679648

Hiermit ermächtige ich den Deutschen Berufsverband der Hals-Nasen-Ohrenärzte e. V., den Mitgliedsbeitrag bis auf Widerruf zu Beginn eines jeden Kalenderjahres im SEPA-Basislastschriftverfahren einzuziehen.

Name und **Vorname** des Kontoinhabers (bitte nur in Blockschrift):

.....
Kreditinstitut

.....
BIC

IBAN

Wenn mein Konto die erforderliche Deckung nicht aufweist, besteht seitens des kontoführenden Geldinstituts keine Verpflichtung zur Einlösung. Teileinlösungen werden im SEPA-Basislastschriftverfahren nicht vorgenommen. Einen bestehenden Dauerauftrag habe ich als Kontoführer löschen lassen.

....
Ort und Datum Unterschrift des Kontoinhabers