



MGFG

Mitteldeutsche Gesellschaft für
Frauenheilkunde und Geburtshilfe e.V.

Mitteldeutschen Gesellschaft für Frauenheilkunde und
Geburtshilfe Univ.-Frauenklinik, Liebigstr. 20a, 04103 Leipzig

Antrag auf Mitgliedschaft

Hiermit bitte ich um Aufnahme als Mitglied der Mitteldeutschen Gesellschaft für
Frauenheilkunde und Geburtshilfe e.V.

Name:

Vorname:

Geburtsdatum:

wohnhaft:

Telefon:

E-Mail:

Praxis/Klinik
Anschrift:

Telefon:

Facharzt bzw. im Ausbildungsjahr zum Facharzt:
(nicht zutreffendes bitte streichen)

Datum

Unterschrift

Gläubiger- Identifikationsnummer DE36ZZZ00000904816

Mandatsreferenz:

SEPA- Landschriftmandat

Ich ermächtige die Mitteldeutsche Gesellschaft für Frauenheilkunde und Geburtshilfe e.V. jährlich meinen Mitgliedsbeitrag in Höhe von 25,00 Euro von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von der MGFG e.V. auf meinem 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, Vorname (Kontoinhaber)

Straße und Hausnummer

Postleitzahl, Ort

Kreditinstitut

BIC

IBAN

Ort, Datum und Unterschrift