

# Aufnahmeantrag Friends of Geriatrics e.V.

Hiermit beantrage(n) ich/wir meine/unsere Mitgliedschaft bei  
**Friends of Geriatrics (Freunde der Geriatrie) e.V. - Olympiastraße 22 -  
82467 Garmisch-Partenkirchen**

<b>Name:</b> _____	<b>Fax:</b> _____
<b>Vorname:</b> _____	<b>PLZ, Ort:</b> _____
<b>Geburtsdatum:</b> _____	<b>E-Mail:</b> _____
<b>Straße, Nr.:</b> _____ _____	<b>Telefon:</b> _____ _____

<b>Postanschrift, falls von vorstehenden Angaben abweichend:</b>	
<b>Straße:</b>	_____
<b>PLZ:</b>	_____ <b>Ort:</b> _____

**Jahresbeitrag: 50 Euro**

**Reduzierter Beitrag\*: 15€**

(\*Schüler, Auszubildende, Student, bitte Nachweis beifügen).

<b>Bankverbindung:</b>
<b>Kreditinstitut:</b> _____
<b>BIC:</b> _____
<b>IBAN:</b> _____
<p>Ich ermächtige den Zahlungsempfänger <b>Friends of Geriatrics e.V., Gläubiger-ID-Nr.: DE 42ZZZ00000 469857</b>, widerruflich zum Einzug des Jahresbeitrages bei Fälligkeit von meinem Konto. Der Jahresbeitrag wird jeweils im Januar eingezogen. Wenn mein/unsere Konto die erforderliche Deckung nicht aufweist, besteht seitens des kontoführenden Kreditinstituts (s.o.) keine Verpflichtung zur Einlösung. Teileinlösungen werden im Lastschriftverfahren nicht vorgenommen. Die Kosten der Rücklastschrift werden von mir/uns getragen. 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/unsere Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.</p>