

BEITRITTSERKLÄRUNG

IGAF e. V.
Poststraße 45
38704 Liebenburg



Internationale Gesellschaft für
autonome Funktionsdiagnostik
und Regulationsmedizin

Hiermit erkläre ich meinen Beitritt zur IGAF e.V.

Name, Vorname:		Titel:	
Praxis- Geschäftsadresse <input type="radio"/> *	Strasse und Hausnummer:		
	PLZ / Ort:	Land:	
Privatadresse (optional) <input type="radio"/> *	Strasse und Hausnummer:		
	PLZ / Ort:	Land:	
Berufsbezeichnung:			
Tätigkeitsschwerpunkt:			
Email-Adresse:	Telefon:		Geburtsdatum:

*) Diese Adresse darf auf www.igafev.com in der Mitgliedersuche veröffentlicht werden.

Ort, Datum

Unterschrift

SEPA – Lastschriftmandat

Gläubiger - Identifikationsnummer:	DE2538700001889467
Mandatsreferenz:	wird separat mitgeteilt

Ich ermächtige (Wir ermächtigen) IGAF e.V. Zahlungen von meinem (unserem) Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein (weisen wir unser) Kreditinstitut an, die von IGAF e.V. auf mein (unser) 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.

Der aktuell gültige Jahresbeitrag über 80,00 EUR wird jährlich per Lastschrift eingezogen.

Kontoinhaber:			
IBAN:			
BIC:			
Land:	<input type="radio"/> Deutschland	oder	(falls nicht Deutschland)
Kreditinstitut:			
Ort, Datum		Unterschrift	