

per Fax: 030 / 39840529
per Mail: service@eadt.de



Beitrittsantrag Einzelmitgliedschaft

Name	Vorname	Titel	Geburtsdatum
------	---------	-------	--------------

Praxis / Labor	Telefon
----------------	---------

Straße / Haus-Nr.	PLZ / Ort	Land
-------------------	-----------	------

E-Mail	Internetadresse
--------	-----------------

Spezialisierungen, Zertifizierungen, ...
--

Mitgliedschaften (Arbeitskreise, o. Ä.)

Der jährliche Beitrag von zzt. 200,00 Euro wird lt. Rechnungsstellung beglichen.

Ort	Datum	Unterschrift (ggf. Stempel)
-----	-------	-----------------------------

Einzugsermächtigung

Hiermit wird der EADT e.V. stets widerruflich ermächtigt, den Mitgliedsbeitrag von zzt. 200,00 Euro jährlich im Lastschriftverfahren von nachfolgend angegebenem Konto abbuchen zu lassen.

IBAN	BIC	Geldinstitut	Kontoinhaber
------	-----	--------------	--------------

Ort	Datum	Unterschrift (ggf. Stempel)
-----	-------	-----------------------------