



Antrag auf ESHG-Mitgliedschaft für GfH-Mitglieder für das Jahr 2018

Privatadresse

Titel / Vorname / Nachname _____
Straße _____
PLZ / Ort _____
E-Mail _____
Geburtsjahr _____

Bitte in Druck-
buchstaben lesbar
ausfüllen!

Rechnungsadresse wie oben wie nachfolgend

Institut /
Firmenname _____
Straße _____
PLZ / Ort _____
E-Mail _____

Fachrichtung Mediziner Naturwissenschaftler Sonstiges
Arbeitsbereich Universität Klinik Niederlassung MVZ
 Labor Einzelpraxis Gemeinschaftspraxis Sonstiges

Als GfH-Mitglied beantrage ich die ESHG-Mitgliedschaft für das Jahr 2018

Tarif: Ermäßigter ESHG-Jahresbeitrag € 75,-

Bezahlung: Ausschließlich per Lastschriftzugsermächtigung

Vertragsbedingungen:

- Voraussetzung für die Beitragsermäßigung ist eine bestehende Mitgliedschaft bei der GfH. Diese wird automatisch geprüft, Sie müssen keinerlei Mitgliedsbescheinigung einreichen.
- Die ESHG-Mitgliedschaft beginnt am 1. Januar des Beitragsjahres unabhängig vom Anmeldedatum und endet automatisch am 31. Dezember desselben Jahres ohne Kündigung. Die Mitgliedschaft für weitere Jahre bedarf erneuter Anmeldung.
- Beitragserhebung und -abbuchung erfolgt durch die GfH, die die Zahlung an die ESHG weiterleitet.
- Rechnungsstellung erfolgt auf die oben genannte Adresse. Für nachträgliche Änderungen wird eine Bearbeitungsgebühr in Höhe von 25,00 Euro erhoben.

Mit meiner Anmeldung akzeptiere ich die oben genannten Vertragsbedingungen

Datum, Unterschrift

Gläubiger-Identifikationsnummer: DE54 ZZZ 00000 132 372

Mandat für einmalige Zahlungen

Mandatsreferenz: DE 54 ZZZ 00000 132 372-ESHG2018

ESHG-Mitgliedsbeitrag bei GfH-ESHG-Doppelmitgliedschaft

SEPA-Lastschriftmandat

Ermächtigung zum Einzug von Forderungen durch Lastschriften

Hiermit ermächtige ich die Deutsche Gesellschaft für Humangenetik e.V., meine Mitgliedsbeiträge für die ESHG zu Lasten meines nachfolgend angegebenen Kontos mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von der Deutschen Gesellschaft für Humangenetik e.V. auf mein Konto gezogene Lastschrift 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.

Bitte ALLE Felder ausfüllen:

Titel, Vorname, Name

Straße und Hausnummer

PLZ, Ort

E-Mail (Pflichtfeld!)

Kontoinhaber (falls abweichend)

IBAN

BIC

Name und Ort des kontoführenden Geldinstituts (genaue Bezeichnung)

Ort, Datum

Unterschrift des Kontoinhabers

[Rücksendung → ESHG-GfH-Mitgliedschaft](#)

Geschäftsstelle

Deutsche Gesellschaft für Humangenetik e.V.

Inselkammerstr. 2

82008 München-Unterhaching

Bitte Original per Post zusenden