



OralGesundheit Inklusiv e. V.
 z. H. Anja Nagel
 Auf der Horst 29
 48147 Münster

Helfen Sie uns, dieses
 Lächeln zu bewahren.

Erklärung zur Mitgliedschaft

Die Mitgliedschaft beginnt am _____

- Meinen Jahresbeitrag in Höhe von € _____ überweise auf das Konto der Deutschen Apotheker- und Ärztebank, IBAN DE 58 3006 0601 0001 0393 42 – BIC DAAEDEDXXX.
- Der Jahresbeitrag soll bitte von meinem Bankkonto eingezogen werden.
 (s. Rückseite)
- Für die Zwecke der Gesellschaft überweise ich eine Spende von € _____
 (Die Spendenbescheinigungen werden mir unaufgefordert übersandt.)

Datum	Name, Vorname / Institutionen
ggfs. Praxisstempel	Straße
	Ort
	Unterschrift

➤	Jahresbeitrag	60,00 €
	Mitglieder	
	➤ Assistenten und niedergelassene Kollegen im bis 3. Jahr ihrer Praxistätigkeit,	
	➤ Eheleute je Ehepartner	
	➤ Sozitäten je Praxisinhaber	30,00 €
	➤ Mitglieder im Ruhestand auf Antrag	beitragsfrei
	➤ Mitglieder im Ruhestand	Selbsteinschätzung
	➤ Kooperative Mitglieder (Verbände, Gesellschaften, Institutionen etc.)	250,00 €

OralGesundheit Inklusiv (OGI)
Auf der Horst 29
48147 Münster

>> wiederkehrendes SEPA Basis-Lastschriftmandat <<

Gläubiger- Identifikationsnummer: DE 91ZZZ00000817690

Ich ermächtige die OralGesundheit Inklusiv, die Mitgliederbeiträge von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von der OralGesundheit Inklusiv auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

Hinweis: Ich kann innerhalb von 8 Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Es gelten dabei die mit meinem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

Mandatsreferenz _____
(ggfs. von OGI auszufüllen) Mandatsreferenz (Mitglied-Nr.)

Kontoinhaber _____
Vorname und Name

Straße und Hausnummer

PLZ und Ort

Kreditinstitut (Name) BIC _____/_____

DE __ / ____ / ____ / ____ / ____ / ____
IBAN

Ort / Datum

Unterschrift des Kontoinhaber

ggfs. Praxisstempel