

AG Päd. Psychosomatik, Dr.-Friedrich-Steiner-Str. 5, 45711 Datteln

An das  
 Sekretariat der AGPPS  
**z.H. Frau Glück**  
 Vest. Kinder- und Jugendklinik  
 Dr.-Friedrich-Steiner-Str. 5  
 45711 Datteln

Hiermit beantrage ich die Aufnahme in die Arbeitsgemeinschaft Pädiatrische Psychosomatik e.V. (AGPPS) als ordentliches Mitglied

Anrede .....  
 Vorname .....  
 Name .....  
 Titel/Position .....  
 Klinik/Institution .....  
 Adresse (Privat) .....  
 PLZ/Ort (Privat) .....  
 Telefon-Nr. ....  
 E-Mail .....

.....  
 Ort und Datum

.....  
 Unterschrift

Mit der anhängigen Erteilung einer Einzugsermächtigung und eines SEPA-Lastschriftmandats, bevollmächtige ich die AGPPS widerruflich, den von mir zu entrichtenden Jahresbeitrag in Höhe von 50,- Euro / 25,- Euro (nicht zutreffendes streichen) bei Fälligkeit zu Lasten meines Bankkontos durch Lastschrift einzuziehen.

.....  
 Ort und Datum

.....  
 Unterschrift

# Erteilung einer Einzugsermächtigung und eines SEPA-Lastschriftmandats

**Name des Zahlungsempfängers:**

Arbeitsgemeinschaft. Pädiatrische Psychosomatik e.V

**Anschrift des Zahlungsempfängers****Straße und Hausnummer:**

Dr.-Friedrich-Steiner-Str. 5

**Postleitzahl und Ort:**

45711 Datteln

**Gläubiger-Identifikationsnummer:**

DE53ZZZ00001169611

**Mandatsreferenz (vom Zahlungsempfänger auszufüllen):****Einzugsermächtigung:**

Ich ermächtige / Wir ermächtigen den Zahlungsempfänger (Name siehe oben) widerruflich, die von mir / uns zu entrichtenden Zahlungen bei Fälligkeit durch Lastschrift von meinem / unserem Konto einzuziehen.

**SEPA-Lastschriftmandat:**

Ich ermächtige / Wir ermächtigen (A) den Zahlungsempfänger (Name siehe oben), Zahlungen von meinem / unserem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich (B) weise ich mein / weisen wir unser Kreditinstitut an, die vom Zahlungsempfänger (Name siehe oben) auf mein / unser Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

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 / unserem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

**Zahlungsart:**

Wiederkehrende Zahlung

Einmalige Zahlung

**Name des Zahlungspflichtigen (Kontoinhaber):****Anschrift des Zahlungspflichtigen (Kontoinhaber)****Straße und Hausnummer:****Postleitzahl und Ort:****IBAN des Zahlungspflichtigen (max. 22 Stellen):**

D E

**BIC (8 oder 11 Stellen):**

D E

**Ort:****Datum (TT/MM/JJJJ):****Unterschrift(en) des Zahlungspflichtigen (Kontoinhaber):**