

**Dr. Harald Ebhardt**

Schriftführer Arbeitskreis Oralpathologie/Oralmedizin

Zentrum für Oralpathologie

Friedrich-Ebert-Str. 33-34

14469 Potsdam

Tel: 0331. 817034-0

Fax: 0331. 817034-11

BEITRITTSERKLÄRUNG**Interdisziplinären Arbeitskreis Oralpathologie und Oralmedizin (AKOPOM)****Ihre persönlichen Daten (bitte in Druckbuchstaben)**

Name: _____

Vorname: _____

Titel: Prof. PD Dr. med. med. dent. sonstiger: _____Geburtsdatum: ____ (Tag)/ ____ (Monat)/ ____ (Jahr) Geschlecht: m w**Dienstadresse**

Institution: _____

Straße: _____

Land, PLZ, Ort: _____

Telefon: _____ Fax: _____

E-Mail: _____

Web-Adresse: _____

Privatadresse

Straße: _____

Land, PLZ, Ort: _____

Telefon: _____ Fax: _____

E-Mail: _____

Ich bin mit der Veröffentlichung meiner Klinik- bzw. Praxisadresse im Internet (www.akopom.de) einverstanden. ja neinIch bin mit der Veröffentlichung meiner Klinik- bzw. Praxis-E-Mail-Adresse im Internet (www.akopom.de) einverstanden. ja neinIch bin mit der Veröffentlichung meiner Klinik- bzw. Praxis-Webadresse im Internet (www.akopom.de) einverstanden. ja nein

Bankverbindung für Einzugsermächtigung

Der AKOPOM-Beitrag wird per SEPA-Lastschrift erhoben. Bei Mitgliedern, die nicht an diesem Verfahren teilnehmen, wird eine Bearbeitungsgebühr von 10,00 € erhoben.

SEPA Lastschriftmandat/ Einzugsermächtigung:

Gläubiger-ID: DE49ZZZ00001831417

Mandatsreferenz: AKOPOM-Beitrag

Ich ermächtige den AKOPOM Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die vom AKOPOM eingezogene Lastschrift einzulösen. Ich werde dafür sorgen, dass jeweils aktuelle Bankdaten dem Schatzmeister des AKOPOM zur Verfügung gestellt und Änderungen zeitnahe schriftlich (z.B. in elektronischer Form) mitgeteilt werden.

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.

BIC: _____

IBAN: _____

Genauere Bezeichnung des Geldinstituts: _____

Name des Kontoinhabers: _____

Beitrag

- | | | |
|--|-----------------------|---------------------------------------|
| Ordentliche Mitglieder | <input type="radio"/> | EURO 15,00 (mit Einzugsermächtigung) |
| | <input type="radio"/> | EURO 25,00 (ohne Einzugsermächtigung) |
| Student/-in | <input type="radio"/> | kostenlos |
| Mitglied nach Vollendung des 65. Lebensjahres und Praxisaufgabe (auf Antrag) | <input type="radio"/> | kostenlos |

Datum: _____

Unterschrift: _____