



**Gesellschaft für
Biophysikalische
Medizin e.V.**

Wiener Straße 67, D-01219 Dresden
Tel/Fax: +49 (0)351-466 768 27
E-Mail: lachmann@gbm-medizin.de
Web: www.gbm-medizin.de

Bankverbindung
IBAN: DE02 8505 5000 0500 1380 60
BIC: SOLADES1MEI

Vorsitzender: Prof. Dr. med. Albrecht Hempel
Stellvertreter: Dr. med. Arne Ströhlein

GBM e.V.
Wiener Straße 67

D-01219 Dresden

Antrag auf Mitgliedschaft in der GBM e.V.

Ich beantrage die Mitgliedschaft in der Gesellschaft für biophysikalische Medizin e.V.

Titel:

Vorname:

Name:

Berufsbezeichnung:

Straße:

Land/PLZ/Ort:

Telefon geschäftlich:

Telefon privat:

Handy:

Fax:

E-Mail:

Web:

- Ich bin damit einverstanden, dass meine persönlichen Daten im Rahmen der Mitglieder-
verwaltung gespeichert werden. Es erfolgt keine Weitergabe an Dritte.
- Ich bin damit einverstanden, dass die GBM mir Informationen per Post und E-Mail
zusendet (Einwilligung gemäß EU-Datenschutzgrundverordnung).

- Der Jahresbeitrag von 85 € (Studenten 20 €) soll bei Fälligkeit per SEPA-Lastschrift von
meinem Konto abgebucht werden. Bitte die Einzugsermächtigung ausfüllen, unter-
schreiben und zurücksenden.
- Den Jahresbeitrag von 85 € (Studenten 20 €) werde ich zum Fälligkeitstag auf dem
Konto der GBM e.V. eingehend überweisen.
Mitglieder mit Wohnsitz im Ausland: Der Jahresbeitrag wird spesenfrei überwiesen.

.....
Ort, Datum

.....
Unterschrift



Gesellschaft für
Biophysikalische
Medizin e.V.

Wiener Straße 67, D-01219 Dresden
Tel/Fax: +49 (0)351-466 768 27
E-Mail: lachmann@gbm-medizin.de
Web: www.gbm-medizin.de

GBM e.V.
Wiener Straße 67

D-01219 Dresden

Bankverbindung
IBAN: DE02 8505 5000 0500 1380 60
BIC: SOLADES1MEI

Vorsitzender: Prof. Dr. med. Albrecht Hempel
Stellvertreter: Dr. med. Arne Ströhlein

Einzugsermächtigung für den Jahresbeitrag

Hiermit ermächtige ich die GBM e.V. widerruflich, den fälligen Jahresbeitrag zu Lasten meines Kontos durch Lastschrift einzuziehen.

SEPA-Lastschriftmandat:

Hiermit ermächtige ich die GBM e.V., Zahlungen von meinem Konto mittels SEPA-Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von der GBM e.V. auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

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

Zahlungspflichtiger:

Titel:

Vorname:

Name:

Land/PLZ/Ort:

Straße:

IBAN:

BIC:

Abweichender Name des Kontoinhabers:

Zahlungsart: Wiederkehrende Zahlung

.....
Ort, Datum

.....
Unterschrift