



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

GBM Gesellschaft für
biophysikalische Medizin e.V.
Nicolaisteg 6

D-01662 Meißen

Nicolaisteg 6, D-01662 Meißen
Tel/Fax: +49 (0)35244-49 52 72
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

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:

Geburtsdatum:

Telefon geschäftlich:

Telefon privat:

Handy:

Fax:

E-Mail:

Website:

Zutreffendes bitte ankreuzen:

- 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 zusendet.
- Ich bin damit einverstanden, dass die GBM mir Informationen per Post und E-Mail
zusendet.
- Der Jahresbeitrag von 85 € (Studenten 20 €) soll bei Fälligkeit per SEPA-Lastschrift von
meinem Konto abgebucht werden. Bitte die Einzugsermächtigung 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.

GBM Gesellschaft für
biophysikalische Medizin e.V.
Nicolaisteg 6

D-01662 Meißen

Nicolaisteg 6, D-01662 Meißen
Tel/Fax: +49 (0)35244-49 52 72
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

Einzugsermächtigung für den Mitgliedsbeitrag

SEPA-Lastschriftmandat:

Hiermit ermächtige ich die GBM e.V. widerruflich, den einmal jährlich fälligen Mitgliedsbeitrag zu Lasten meines Kontos mittels SEPA-Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von der GBM e.V. auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

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

Zahlungspflichtiger:

Name:

Abweichender Name des Kontoinhabers:

IBAN:

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------

BIC:

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------

Name der Bank:

<input type="text"/>

Zahlungsart: SEPA-Folge-Lastschrift

.....
Ort, Datum

.....
Unterschrift