



Dr. med. Christian Schmidt
Schatzmeister der GTP
St. Vinzenz Hospital Dinslaken
Abt. für Kinderheilkunde

Dr. -Otto-Seidel-Str. 31-33
46535 Dinslaken
Germany

*Dr. med. Carsten Krüger, MIH, FRCPCH
GTP Chairman
c/o Klinik für Kinder und Jugendliche
St. Franziskus Hospital
Robert-Koch-Str. 55
D-59227 Ahlen
T +49 (0)2382 858 966
F +49 (0)2382 858 923
Email: krueger@tropenpaediatric.de
www.tropenpaediatric.de*

Membership application

I am herewith applying to become a member of the German Society of Tropical Paediatrics and International Child Health (GTP) e. V..

Name: _____

Date of Birth: _____

Job Title and Position: _____

Address: _____

E-Mail: _____

My application is supported by the following GTP-members:

1. Name: _____

Date, Signature: _____

2. Name: _____

Date, Signature: _____

(Ort, Datum)

(Signature of applicant)

Annual fee payment information

Please chose between:

a) **Direct debitting** (ONLY possible from German bank accounts) - please fill in this form

or

b) **Regular money transfer** (for foreign bank accounts) - please authorize a money transfer for 25 Euro/person/year from your bank to the following bank account:

Account holder: Gesellschaft für Tropenpädiatrie und internationale Kindergesundheit (GTP)

Bank: Volksbank Ahlen-Sassenberg-Warendorf

IBAN: DE79 412 625 01 110 216 3200

BIC: GENODEM1AHL

Transfer purpose: Your full name + "GTP annual fee"

Ermächtigung zum Einzug von Forderungen durch Lastschriften

Direct debit authorization

Name und Anschrift des Zahlungsempfängers:

Name and adress of institution receiving payment:



Gesellschaft für Tropenpädiatrie und Internationale Kindergesundheit
German Society of Tropical Paediatrics and International Child Health
c/o Johann-Stamitz-Str. 2
59227 Ahlen

Hiermit ermächtige(n) ich/wir Sie widerruflich, den von mir/uns zu entrichtenden GTP-Jahresmitgliedsbeitrag von **25 Euro/Person/Jahr** bei Fälligkeit zulasten meines/unseres Kontos durch Lastschrift einzuziehen.

I/We herewith authorize the GTP to deduct the annual GTP-membership fee of 25 Euro/Person/Year from my/our bank account via direct debit.

Kontoinhaber: _____
Owner of bank account

Name des Kreditinstituts: _____
Name of bank

IBAN: _____
IBAN

BIC: _____
BIC

Wenn mein/unser Konto die erforderliche Deckung nicht aufweist, besteht seitens des kontoführenden Kreditinstituts keine Verpflichtung zur Einlösung.

In case of no sufficient account coverage my/our bank is not bound to process the payment.

Teileinlösungen werden im Lastschriftverfahren nicht vorgenommen.

Partial payments cannot be made by direct debit.

(Ort, Datum)
(Place, Date)

(Unterschrift[en] Kontoinhaber)
(Signature[s] of bank account owner[s])