



ARBEITSGEMEINSCHAFT TROPENPÄDIATRIE (ATP) e.V.

in der

Deutschen Gesellschaft für Kinder- und Jugendmedizin

An

Dr. med. Christian Schmidt
Schatzmeister der ATP
St. Vinzenz Hospital
Abt. für Kinderheilkunde
Dr. Otto Seidel Straße
46535 Dinslaken

Aufnahmeantrag

Hiermit beantrage ich die Mitgliedschaft in der Arbeitsgemeinschaft Tropenpädiatrie (ATP) e.V..

Name: _____

Geb. Datum: _____

Beruf / Funktion: _____

Adresse: _____

E-mail: _____

Mein Aufnahmeantrag wird von folgenden Mitgliedern der ATP befürwortet:

1. Name: _____

Datum, Unterschrift: _____

2. Name: _____

Datum, Unterschrift: _____

(Ort, Datum)

(Unterschrift)

Ermächtigung um Einzug von Forderungen durch Lastschriften

Name und Anschrift des Zahlungsempfängers

Arbeitsgemeinschaft Tropenpädiatrie e.V. (ATP)
c/o Johann-Stamitz Strasse 2
59227 Ahlen

Hiermit ermächtige(n) ich/wir Sie wideruflich, die von mir/uns zu entrichtenden Zahlungen wegen

Verpflichtungsgrund, evtl. Betragsbegrenzung

Jahresbeitrag ATP 25,- € pro Person/Jahr

bei Fälligkeit zulasten meines/unseren Kontos mit der

Konto-Nr. _____ Bankleitzahl _____

bei der _____
Genauere Bezeichnung des kontoführenden Kreditinstituts

durch Lastschrift einzuziehen.

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

Teileinlösungen werden im Lastschriftverfahren nicht vorgenommen.

Ort, Datum _____ Unterschrift(en) _____
