



Verein der Freunde und Förderer
der Medizinischen Fakultät der
Georgia-August zu Göttingen e.V.
Schatzmeister Jens Finke
Robert-Koch-Str. 40
37075 Göttingen

BEITRITTSERKLÄRUNG

Ab trete ich dem obengenannten Verein bei.

Der Jahresbeitrag (Mindestbeitrag 25,-- €) wurde von mir auf € festgesetzt.

Er ist steuerlich absetzbar.

NAME:

STRASSE (PRIVAT):

STRASSE (DIENSTLICH):

VORNAME:

PLZ/ORT (PRIVAT):

PLZ/ORT (DIENSTLICH):

TITEL/BERUF:

TELEFON (PRIVAT):

TELEFON (DIENSTLICH):

DIENSTSTELLE/INSTITUTION:

FAX (PRIVAT):

FAX (DIENSTLICH):

E-MAIL (PRIVAT)

E-MAIL (DIENSTLICH)

Institution/Firma als Mitglied:

JA: NEIN:

Bitte entsprechendes ankreuzen

UNTERSCHRIFT FÜR MITGLIEDSCHAFT

Datum

Zahlungsinformation zum Mitgliedsbeitrag:

- Mit Bankeinzug bin ich einverstanden.
Bitte anliegendes Dokument verwenden
- Ich zahle den Mitgliedsbeitrag jährlich zum 30. November per Überweisung.

Der Vorstand

Prof. Dr. Dirk Beutner
Fon: 0551/39-63771
Fax: 0551/39-63773
E-Mail: dirk.beutner@
med.uni-goettingen.de

Prof. Dr. Erwin Neher
Fon: 0551/201-1630
Fax: 0551-201-1688
E-Mail: eneher@gdwg.de

Gudrun Borchers
Fon: 0551-39-8388
E-Mail: gborchers@
med.uni-goettingen.de

Jens Finke
Fon: 0551/39-63541
E-Mail: jens.finke@
med.uni-goettingen.de

Prof. Dr. Dr. Henning
Schliephake
Fon: 0551-39-8343
Fax: 0551/39-12853
E-Mail: schliephake.henning@
med.uni-goettingen.de

Erteilung eines SEPA- Lastschriftmandats (Einzugsermächtigung)

Name des Zahlungsempfängers:

Verein der Freunde und Förderer der Georg-August-Universität Göttingen e. V.

Straße und Hausnummer:

Robert-Koch-Str. 40

PLZ und Ort:

37075 Göttingen

Gläubiger-Identifikationsnummer:

DE20ZZZ00000127552

Mandatsreferenz (vom Zahlungsempfänger auszufüllen):**SEPA-Lastschriftmandat:**

Ich ermächtige / Wir ermächtigen den Verein der Freunde und Förderer, Zahlungen von meinem / unserem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein / weisen wir unser Kreditinstitut an, die vom Zahlungsempfänger auf mein / unser Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

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

Zahlungsart:

Wiederkehrende Zahlung

Einmalige Zahlung

Name des Zahlungspflichtigen (Kontoinhaber):**Straße und Hausnummer:****PLZ und Ort:****Kontonummer:****Bankleitzahl:****IBAN des Zahlungspflichtigen (max. 22 Stellen):****BIC (8 oder 11 Stellen):****Ort, Datum****Unterschrift(en) des Zahlungspflichtigen (Kontoinhaber):**