

Antwort
auch per Fax 0531/595-3758



Mitglied: Anschrift (Stempel)

Herrn
Dr. med. H.S.P. Garritsen
Schatzmeister des BDT
Städt. Klinikum Braunschweig gGmbH
Institut f. Klinische Transfusionsmedizin
Celler Str. 38
38114 Braunschweig

Name, Titel

Straße

PLZ, Ort

BDT-Mitgliedsnummer

SEPA-Lastschriftverfahren

Zahlungsempfänger: Berufsverband Deutscher Transfusionsmediziner e.V. (BDT)

Gläubiger-Identifikationsnummer: DE02ZZZ00001191384, Deutsche Apotheker- und Ärztebank

Hiermit ermächtige ich den BDT widerruflich zum Bankeinzug für den jährlichen Mitgliedsbeitrag

Ordentliche Mitglieder: 100,- Euro/Jahr (für die ersten 3 Jahre der Mitgliedschaft 50,- Euro/Jahr)

Außerordentliche Mitglieder: 80,- Euro/Jahr

Fördernde Mitglieder: 400,- Euro/Jahr

Name des Kontoinhabers: _____

Anschrift des Kontoinhabers: _____

Geldinstitut: _____

IBAN: _____

BIC: _____

Ort, Datum

Unterschrift