

# Antrag auf Mitgliedschaft

in die Fachgesellschaft für Komplexhomöopathie e.V.

Hiermit beantrage ich die Aufnahme als Mitglied der Fakom e.V.:

Anrede:

Titel:

Vorname

Name:

geboren am:

Straße, Hausnummer:

Land, PLZ, Ort:

medizinischer Beruf:

anderer:

Telefonnummer:

Email:

Den Nachweis der Zugehörigkeit zum Fachkreis Medizin habe ich beigefügt.

Die SEPA-Einzugsermächtigung habe ich beigefügt.

Die Datenschutzbestimmungen habe ich zur Kenntnis genommen, nachlesbar auf <https://www.fakom.de/datenschutzerklaerung/>

Ich bin mit der Aufnahme in den Newsletterverteiler einverstanden.

Datum / Unterschrift: \_\_\_\_\_

Bitte senden an: **Fakom e.V., Murgstraße2-6, 68167 Mannheim**

## Ermächtigung zum Einzug von Forderungen durch Lastschriften

Zahlungsempfänger:

**Fakom e.V., Murgstraße 2-6, 68767 Mannheim**

Gläubiger-Identifikationsnummer:

**DE68ZZZ00002196959**

Hiermit ermächtige ich Sie widerruflich, die von mir / uns zu entrichtenden Zahlungen wegen "Mitgliedsbeitrag Fakom e.V. " bei Fälligkeit zu Lasten meines Kontos per Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich meine Bank an, die von Ihnen gezogenen Lastschriften einzulösen.

Zahlungspflichtiger:

Name, Vorname: \_\_\_\_\_

Anschrift: \_\_\_\_\_

Kontoinhaber: \_\_\_\_\_

IBAN: \_\_\_\_\_

Name der Bank: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift