|  |  |
| --- | --- |
| Arbeitsgemeinschaft Pädiatrische Immunologie (API) e.V.  c/o PD Dr. Christian Klemann  Polziner Weg 10  30627 Hannover | Interne Vermerke:  Mitgliederverzeichnis  Email-Verteiler  Bankeinzug |
|  |

**b.w.**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Mitgliedsantrag**  Ich beantrage hiermit die Mitgliedschaft in der Arbeitsgemeinschaft Pädiatrische Immunologie e.V.   |  | | --- | | , | | Titel Name, Vorname | |  | | Geburtsdatum |  |  | | --- | |  | |  | | Klinik |   **Kontaktadresse** (für postalische Sendungen)  Privat  Klinik   |  | | --- | |  | | Anschrift | |  | | PLZ, Ort, ggf. Land |  |  | | --- | |  | | E-Mail-Adresse *(wird in den* ***E-Mail-Verteiler*** *der API aufgenommen)* | |  | | Telefon |   **Bürgen / Befürworter der Mitgliedschaft:**   |  | | --- | |  | | Bürge 1 | |  | | Bürge 2 |   **Wissenschaftlicher Vortrag:**  Einen wissenschaftlichen Vortrag habe ich auf der API-  Jahrestagung       gehalten.   |  | | --- | | , den | | Ort, Datum Unterschrift | | **SEPA-Lastschriftmandat für wiederkehrende Lastschriften**  **Gläubiger-ID: DE98ZZZ00000022455**  **Mandatsreferenz: API**  **SEPA-Mandat**  Ich ermächtige die Arbeitsgemeinschaft Pädiatrische Immunologie (API) e.V., Zahlungen des jährlichen Mitgliedsbeitrages, derzeit i.H.v. 30,00 Euro, von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von der Arbeitsgemeinschaft Pädiatrische Immunologie (API) e.V. auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.  Hinweis:Ich kann innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Es gelten dabei die mit meinem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.  **Kontoinhaber** (nur falls abweichend vom Antragsteller)   |  | | --- | | , | | Name, Vorname | |  | | Anschrift | |  | | PLZ, Ort, ggf. Land |   **Bankverbindung:**   |  | | --- | |  | | IBAN | |  | | BIC | |  | | Bank (mit Ortsangabe) |  |  | | --- | | , den | | Ort, Datum Unterschrift Kontoinhaber | |

**Kurzinformation über den Bewerber**

Neue Mitglieder sollen sich gemäß Satzung allen Mitgliedern vorstellen. Als Medium wurde hierfür der Online-Newsletter „Kinderimmunologische Mitteilungen“ gewählt. Bitte füllen Sie dazu nachfolgende Kurzinformation aus:

Name + Alter: erscheint wie im Anmeldeformular (kein Geburtsdatum)

Studium:  Medizin  Biologie        in:

Werdegang:

Aktuelle Position:

seit:

Weiterbildung in (Ort):

anschließende Tätigkeiten in:

Auslandsaufenthalte:

Tätigkeitsschwerpunkt:

Forschungsschwerpunkt:

**Oder FREITEXT:**