|  |  |
| --- | --- |
| Arbeitsgemeinschaft Pädiatrische Immunologie (API) e.V.c/o Prof. Dr. Christian KlemannPolziner Weg 10a30627 Hannover | Interne Vermerke:Mitgliederverzeichnis [ ] Email-Verteiler [ ] Bankeinzug [ ]  |
|  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **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.☐ Ich habe noch keinen wissenschaftlichen Vortrag gehalten und werde bis zum Halten eines Vortrags vorläufiges Mitglied

|  |
| --- |
|       , den       |
| Ort, Datum Unterschrift |

 | **SEPA-Lastschriftmandat für wiederkehrende Lastschriften****Gläubiger-ID: DE66ZZZ00002552209****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: --BITTE DEUTLICH SCHREIBEN--**

|  |
| --- |
|       |
| IBAN |
|       |
| BIC (bei Banken außerhalb Deutschlands) |
|             |
| Bank (mit Ortsangabe) |

|  |
| --- |
|       , den       |
| Ort, Datum Unterschrift Kontoinhaber |

 |