



An die
Deutsche Fachgesellschaft für Reisemedizin e.V.
Fax 0211 520 25 83
gs@fachgesellschaft-reisemedizin.de

MITTEILUNG ÜBER DIE ÄNDERUNG/ERGÄNZUNG MEINER DATEN

Titel/Name: Geburtsdatum:

ANSCHRIFT zur Veröffentlichung auf der DFR-Homepage

NICHT zur Veröffentlichung bestimmt

| | |
|---------------------|-------|
| Dienststelle | |
| Straße/Hausnr. | |
| PLZ/Ort | |
| Telefon | |
| Telefax | |
| Homepage | |
| E-Mail | |

Ich bin mit der Veröffentlichung meiner oben genannten Daten auf der Homepage der Deutschen Fachgesellschaft für Reisemedizin e.V. (fachgesellschaft-reisemedizin.de) einverstanden ja nein

Facharzt-(Gebiets-)bezeichnungen

Zusatzbezeichnung/en (Bereich/e)

Schwerpunkt/e

SEPA-LASTSCHRIFTMANDAT

Bitte buchen Sie den Mitgliedsbeitrag von folgendem Konto ab:

Inhaber Bank

IBAN

***SEPA-Lastschriftmandat:** Ich ermächtige die Deutsche Fachgesellschaft für Reisemedizin e.V., Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von der Deutschen Fachgesellschaft für Reisemedizin 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.

Gläubiger Identifikationsnummer der DFR: DE26ZZZ00000493231

..... _____.201_

Ort/Datum

.....
Unterschrift