

Aufnahmeantrag

Zur Mitgliedschaft in den Berufsverband Coloproktologie Deutschland e.V. (BCD)

Name, Titel	Vorname	
geb. am	Emailadresse (privat)	
Privatadresse/Straße	PLZ, Ort	
Anschrift beruflich:		
Praxis / Klinik		
Abteilung		
Straße	PLZ, Ort	
Telefon	E-Mail	
Approbation am	* = Urkunde in Kopie beiliegend	
Facharzt für	Facharzt für	
Teilgebietsbezeichnung*		
Koloproktologischer Qualifikationsnachweis:		
No iopiokiologischier (gaammationishadhweis.	
Zusatzbezeichnung Proktologie am	Grundkurs am:	
Sonstiger Qualifikationsnachweis		
Satzung und Beitragsordnung habe ich zustimmend zur Kenntnis genommen		
Ort, Datum	Stempel und Unterschrift des Antragstellers	

Hinweis: Zur Erfüllung unserer gesetzlichen Informationspflichten lesen Sie bitte die **Datenschutzerklärung** unter: https://www.coloproktologen.de/impressum.html

Erteilung einer Einzugsermächtigung und eines SEPA-Lastschriftmandats

Berufsverband	1 (2.22)
Coloproktologie Deutschlan	d e.V. (BCD)
Maienstraße 3	
79102 Freiburg	
Gläubiger-Identifikationsnu DE77BCD00001388496	immer:
217726200001300130	
Mandatsreferenznummer:	
(wird vom BCD ausgefüllt)	
	<u></u>
Einzugsermächtigung:	
	pand Coloproktologie Deutschland e.V. (BCD) widerruflich, die von mir zu ent-
_	gkeit durch Lastschrift von meinem Konto einzuziehen.
SEPA-Lastschriftmandat:	
	band Coloproktologie Deutschland e.V. (BCD), Zahlungen von meinem Konto
	n. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die vom Berufsverband Coloprok-
	auf mein Konto gezogene Lastschrift einzulösen.
Hinwois: Ish kann innorhalb yon	8 Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Be-
	die mit meinem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.
Name des Zahlungspflichtigen (Ko	ontoinhaber):
Anschrift des Zahlungspflichtigen	(Kontoinhaber):
DEBAN des Zahlungspflichtigen (ma	22 Stellen):
TDAN des Zamangsphientigen (ma	A. 22 Steller).
BIC	(bitte mit Ortsangabe)
DIC	(bitte filit Ortsafigabe)

Vor dem ersten Einzug einer SEPA-Lastschrift wird mich der BCD über den Einzug in dieser Verfahrensart unterrichten.

Unterschrift

Ort, Datum