

Aufnahmeantrag

Bitte senden Sie das vollständig ausgefüllte Formular an:
VSOU – Geschäftsstelle
c/o Intercongress GmbH
Ingeborg-Krummer-Schroth-Str. 30
79106 Freiburg
vsou-geschaeftsstelle@intercongress.de

Hiermit beantrage ich die Mitgliedschaft in der Vereinigung Süddeutscher Orthopäden und Unfallchirurgen e.V.:

Nachname

Vorname

Titel

Bitte Privatanschrift angeben:

Straße und Hausnr.

E-Mailadresse (für Korrespondenz zwingend anzugeben)

PLZ und Ort

Telefon, Fax

Land

Geburtsdatum

Mitglieder erhalten die Organzeitschrift *OUP Zeitschrift für die orthopädische und unfallchirurgische Praxis* kostenlos zugeschickt sowie einen persönlichen Online Zugang zur Zeitschrift.
Der Versand erfolgt an oben angegebene Privatanschrift.

Ich wünsche den Versand der OUP an eine alternative Postadresse:

Institut, Klinik, Praxis

Straße und Hausnr.

PLZ, Ort und Land

Der Antragsteller/ die Antragstellerin bestätigt weiterhin sein/ihr Einverständnis, vom Deutschen Ärzteverlag einen OUP-Newsletter per Mail zu erhalten.

Ort, Datum

Unterschrift des Antragstellers / der Antragstellerin

Aufnahmeantrag

Mitgliedsbeitrag:

Die Entrichtung des Mitgliedsbeitrages erfolgt per Bankeinzug.

- € 120 (Jahresbeitrag)** Niedergelassene/r Arzt/Ärztin, Angestellte/r (Deutschland)
- € 125 (Jahresbeitrag)** Niedergelassene/r Arzt/Ärztin, Angestellte/r (Ausland)
- € 50 (ermäßigter Jahresbeitrag)** Assistenzarzt/ärztin (mit Bescheinigung)
- kostenlos** Student/in (mit Immatrikulationsnachweis)

Erteilung eines SEPA-Lastschriftmandats für wiederkehrende Zahlungen

Die Intercongress GmbH-Gläubiger-ID lautet DE15ZZZ 000 004 457 05.

Ihre Mandatsreferenz erhalten Sie mit Ihrer Rechnung/ Buchungsbestätigung.

Ich ermächtige die Vereinigung Süddeutscher Orthopäden und Unfallchirurgen (VSOU) e.V., die wiederkehrenden Zahlungen von meinem Konto mittels SEPA-Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von der VSOU e.V. auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

Hinweise: 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.

Name und Vorname des Kontoinhabers / der Kontoinhaberin

Straße und Hausnr.

PLZ

Ort

IBAN

BIC

Kreditinstitut

Ort, Datum

Unterschrift