

Bitte senden Sie den vollständig ausgefüllten Bogen an die Geschäftsstelle der STGKJM:

STGKJM e. V.
Geschäftsstelle
c/o K.I.T. Group GmbH Dresden
Bautzner Straße 117–119
01099 Dresden

Bei Fragen und für die elektro-
nische Antragsübermittlung:
Telefon: 0351 65573-134
E-Mail: info@stgkjm.de

Sie sind bereits Mitglied der Sächsisch-Thüringischen Gesellschaft für Kinder- und Jugendmedizin und Kinderchirurgie und möchten über folgende Änderungen Ihrer persönlichen Angaben informieren.

Persönliche Angaben

Mitgliedsnummer

Name*

Vorname*

Akad. Titel

Berufliche Stellung

Angestellter Arzt

Niedergelassener Arzt

Sonstige

Fachgebiet der Kinder- und Jugendmedizin

***Bitte immer angeben**

Privatanschrift

Straße/Haus-Nr.

PLZ/Ort

Telefon

E-Mail

Die Korrespondenz erfolgt über Ihre Privatanschrift, hauptsächlich per E-Mail.

Dienstanschrift

Dienststelle

Abteilung

Straße/Haus-Nr.

PLZ/Ort

Telefon

E-Mail

Zahlungsweise des Mitgliedsbeitrages

Der Jahresbeitrag in Höhe von 20,00 Euro ist im Januar des laufenden Kalenderjahres fällig. Eine entsprechende Rechnung senden wir Ihnen jeweils im Januar an Ihre Privatanschrift. Bei Antragstellung wird der volle Jahresbeitrag fällig.

Banküberweisung

Ich überweise den Betrag im Januar jeden Jahres auf das Konto der STGKJM, HypoVereinsbank, IBAN DE63 2003 0000 0015 9072 79, BIC HYVEDEMM300, Verwendungszweck: Ihre Name, Mitgliedsbeitrag 20xx

SEPA-Basis-Lastschriftmandat

STGKJM e. V., Delitzscher Straße 141, 04129 Leipzig
Gläubiger-Identifikationsnummer: DE87ZZZ00001374930
Mandatsreferenz wird separat mitgeteilt

Ich ermächtige die STGKJM, Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von der STGKJM 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. Das Mandat gilt für die jährliche Zahlung des Mitgliedsbeitrages.

Das Mandat gilt für wiederkehrende Zahlungen, die jährliche Abbuchung des Mitgliedsbeitrages.

Vorname und Nachname des Kontoinhabers

Adresse des Kontoinhabers

Kreditinstitut

BIC

IBAN

Ort, Datum

Unterschrift des Kontoinhabers

Abonnement der Zeitschrift Kinder- und Jugendmedizin

Ja, ich möchte die Zeitschrift „Kinder- und Jugendmedizin“ kostenfrei erhalten. Die Versandkosten in Höhe von 20,00 Euro inkl. MwSt. pro Jahr trage ich selbst.

Damit kommt ein separater Vertrag mit der Georg Thieme Verlag KG zustande. Für den Versand der Zeitschrift und der Rechnung werden Ihr Name, Titel, die Privatanschrift und E-Mailadresse an die Georg Thieme Verlag KG weitergegeben. Die Angaben werden nicht für Werbezwecke verwendet.

Ich möchte das Abonnement der Zeitschrift „Kinder- und Jugendmedizin“ abbestellen.

Unterschrift

Ich stimme zu, dass die von mir angegebenen und übermittelten Daten zum Zweck der Verwaltung meiner Mitgliedschaft und im Rahmen der satzungsgemäßen Aufgaben der STGKJM gemäß der gesetzlichen Datenschutzrichtlinie gespeichert, aufgehoben, verarbeitet und an Dritte weitergegeben werden können.

Ort, Datum

Unterschrift