

**Ermächtigung zum Einzug des Jahres-Mitgliedbeitrages per
SEPA-Lastschriftenmandat der Vereinigung „Netzwerk
interdisziplinäre pädiatrische Dermatologie e.V.“ [NipD e.V.]**

Bitte unterschrieben zurücksenden an:

Netzwerk interdisziplinäre pädiatrische Dermatologie e.V.
c/o Praxis Dr. med. Marc Pleimes
z.H. Frau Martina Paterna
Poststr. 4
69115 Heidelberg



NETZWERK INTERDISZIPLINÄRE PÄDIATRISCHE
DERMATOLOGIE E.V. (NIPD E.V.)
1. Vorsitzender: Dr. med. Marc Pleimes,
Poststr. 4, 69115 Heidelberg
Vereinsitz: Heilbronn
VR 102983 Amtsgericht Stuttgart

Gläubiger-Identifikationsnummer **DE58ZZZ00001168163**
Mandatsreferenz <wird noch vergeben>

SEPA-Lastschriftmandat

Ich ermächtige das Netzwerk interdisziplinäre pädiatrische Dermatologie, NipD e.V., Zahlungen für meinen Mitgliedsjahresbeitrag (unten angegebene Daten) des NipD e.V. von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Dieser wird nach § 9 der gültigen Satzung des NipD e.V. durch die Mitgliederversammlung festgesetzt und beträgt aktuell **50,00 Euro (Einzelmitgliedschaft)** bzw. **100,00 Euro (Klinikmitgliedschaft)** mit Generalzugang für die dort beschäftigten Ärzte). Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von dem NipD 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.

Titel, Vorname und Name (Kontoinhaber)

Straße und Hausnummer

Postleitzahl und Ort

Kreditinstitut (Name)

BIC (Swift Code)

IBAN

- Einzel/Ordentliches Mitglied
 Klinikmitglied

Klinik / Praxis

E-mail

Ort, Datum:

Unterschrift:

Bitte immer angeben:

Versandadresse für die Zeitschrift *pädiatrie hautnah*
falls abweichend bitte hier angeben:

 selbe Adresse wie oben

 Titel, Vorname und Name

 Ggf. Klinik oder Praxis oder Arbeitsstätte

 Straße und Hausnummer

 Postleitzahl und Ort

 Email

meine (Email-)Daten dürfen für eine Freischaltung des online-Zugangs an Springer Medizin weitergeleitet werden. (Falls erwünscht bitte ankreuzen)

Das Folgende ist nur auszufüllen falls das Mitglied / die stellvertretende Person für die Klinikmitgliedschaft abweichend von Kontoinhaber/SEPA-Lastschriften-Ermächtigendem ist:

 Titel, Vorname und Name

 Einzel/Ordentliches Mitglied

 Ggf. Praxis oder Klinik

 Klinik Mitglied

 Straße und Hausnummer

 Postleitzahl und Ort

 Email

Ort, Datum:

Unterschrift:
