

Bitte am Bildschirm ausfüllen, ausdrucken, unterschreiben und per Post an den Schriftführer Ihrer Arbeitsgemeinschaft schicken!

†} å^!~ } \* ð! \* ê} : ~ } \* Å^!Á æ\* |ã å• åæ^}

- Norddeutsche Arbeitsgemeinschaft Pädiatrische Pneumologie und Allergologie (nappa)** Gläubiger-Identifikationsnummer: DE54ZZZ00000386609
- Westdeutsche Arbeitsgemeinschaft für Pädiatrische Pneumologie und Allergologie (WAPPA)** Gläubiger-Identifikationsnummer: DE14ZZZ00000667853
- Arbeitsgemeinschaft Pädiatrische Pneumologie und Allergologie (APPA)** Gläubiger-Identifikationsnummer: DE58ZZZ00000954278
- Arbeitsgemeinschaft Pädiatrische Allergologie und Pneumologie Süd e.V. (AGPAS)** Gläubiger-Identifikationsnummer: DE56ZZZ00000829184

Akad. Titel	Vorname	Name
bisher gemeldete Adresse		

**Neue Adressdaten:**

Dienstadresse	Zustelladresse? Dann bitte ankreuzen: <input type="checkbox"/>	
Tel.	Fax	E-Mail
Privatadresse	Zustelladresse? Dann bitte ankreuzen: <input type="checkbox"/>	
Tel.	Fax	E-Mail

- Niedergelassener Arzt                       Klinikarzt
- Facharzt für .....
- Zusatzbezeichnung:     Allergologie             Pädiatrische Pneumologie             Umweltmedizin

**Neue Bankverbindung zur Abbuchung des Mitgliedsbeitrags:**

IBAN	
BIC	Unterschrift (Einzugsermächtigung)

Ich ermächtige die oben ausgewählte Arbeitsgemeinschaft, den gültigen Mitgliedsbeitrag von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von dieser Arbeitsgemeinschaft 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.

Die Mandatsreferenz für die Abbuchungen wird mir separat mitgeteilt.

Ort, Datum	Unterschrift
------------	--------------