



# Deutsche Gesellschaft für Wehrmedizin und Wehrpharmazie e. V. (DGWMP)

## Firmen-Aufnahmeantrag

Mitgliedsnr.: \_\_\_\_\_

### AUFNAHMEANTRAG FIRMENMITGLIEDSCHAFT (125,- €/J.)

Wir bitten um Aufnahme in die Deutsche Gesellschaft für Wehrmedizin und Wehrpharmazie e. V. (DGWMP) mit Wirkung vom: \_\_\_\_\_  
und verpflichten uns zur Zahlung des jährlichen Mitgliedsbeitrages.

\_\_\_\_\_  
Firmenbezeichnung

\_\_\_\_\_  
Straße/PLZ/Ort

\_\_\_\_\_  
Vertreten durch: Geschäftsführer/Referent der Firma: Akad. Grad, Titel, Name, Vorname

\_\_\_\_\_  
Anschrift privat: Straße/PLZ/Ort

\_\_\_\_\_  
Tel./Fax/E-Mail/Internet

Wir sind mit der satzungskonformen Verarbeitung unserer firmen- und personenbezogenen Daten gemäß EU-Datenschutz-Grundverordnung (DSGVO) vom 25. Mai 2018 einverstanden.

\_\_\_\_\_  
Datum/Unterschrift/Firmenstempel

### EINZUGSERMÄCHTIGUNG

An die Deutsche Gesellschaft für Wehrmedizin und Wehrpharmazie e. V. (DGWMP), Neckarstraße 2a, 53175 Bonn - **Fax: 0228 698533**

**Gläubiger-Identifikationsnummer:** DE23ZZZ00000096361

**Mandatsreferenz:** = Mitgliedsnummer (wird mit dem Begrüßungsschreiben nachgereicht)

**SEPA-Lastschriftmandat:** Hiermit ermächtigen wir die DGWMP e. V., den von uns zu entrichtenden Jahresbeitrag von unserem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weisen wir unser Kreditinstitut an, die von der DGWMP e. V. auf unser Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

**Hinweis:** Wir können innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Es gelten dabei die mit unserem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

\_\_\_\_\_  
Kreditinstitut (Name und BIC)

\_\_\_\_\_  
IBAN

\_\_\_\_\_  
Name/Vorname (Kontoinhaber)

\_\_\_\_\_  
Anschrift

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum und Unterschrift