

Nordostdeutsche Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik des Kindes- und Jugendalters

Beitrittserklärung

Name:
Vorname:
Tätigkeit:
Einrichtung:.....
Anschrift:
Telefonnr.:
Fax:
Email:

Vorsitzender:
CA Dr. Hans Willner
St. Joseph Krankenhaus
Klinik f. Kinder- u. Jugendpsychiatrie,
Psychosomatik u. Psychotherapie
Tel.: 030 /78 82-2871
hans.willner@sjk.de
Sekretariat:
Karla Krüger
Ev. Krankenhaus Königin
Elisabeth Herzberge gGmbH
Abt. Psychiatrie, Psychosomatik u.
Psychotherapie des Kindes- und
Jugendalters
Herzbergstraße 79
10365 Berlin
Tel.: 030/54 72 38 01
Fax: 030/54 72 38 99
k.krueger@keh-berlin.de

Hiermit erkläre ich meinen Beitritt als Mitglied in o. g. Gesellschaft. Den Jahresbeitrag in Höhe von 10,00 €

- überweise ich auf das Konto der Gesellschaft bei der Postbank Berlin, Kto.-Nr.: 615899-108, BLZ: 10010010 *)
- per Lastschrift abbuchen lassen

Nach Eingang des Betrages erhalte ich unaufgefordert eine Spendenquittung zur Vorlagen beim Finanzamt.

*) zutreffendes bitte ankreuzen

.....
Ort, Datum

.....
Unterschrift

- Mit der Aufnahme meiner Email-Adresse privat/ dienstlich in eine Verteilerliste zum Zweck der Aussendung von Informationen des Vorstandes an die Mitglieder bin ich einverstanden.

Einzugsermächtigung

Hiermit ermächtige ich die Gesellschaft für Psychiatrie, Neurologie und Psychotherapie des Kindes- und Jugendalters e.V. widerruflich, den Jahresbeitrag in Höhe von 10,00 € bei Fälligkeit zu Lasten meines Kontos

Kto.-Nr.:

BLZ:

Bankinstitut:

einziehen.

Wenn mein Konto die erforderliche Deckung nicht aufweist, besteht seitens des kontoführenden Kreditinstituts keine Verpflichtung zur Einlösung.

.....
Ort, Datum

.....
Unterschrift

Rücksendung der Erklärung bitte an: Postadresse Sekretariat Frau Krüger oder per Fax an 030/ 54 72 38 99