

Beitrittserklärung

Erklärung zum Mitgliedsbeitrag

I-GAP Internationale Gesellschaft für angewandte Präventionsmedizin e.V
International Scientific Group of Applied Preventive Medicine/ e.V.

Ich trete I-GAP ab dem _____ als förderndes Mitglied bei und erkläre mich zur Zahlung eines Jahresbeitrages von 100,- € bereit.

Der Mitgliedsbeitrag ist nach § 10b des EStG steuerbegünstigt.

| | |
|--------------------|--|
| Name | |
| Vorname | |
| Geburtsdatum | |
| Strasse | |
| Hausnummer | |
| Wohnort | |
| Postleitzahl | |
| Land | |
| Telefon/ beruflich | |
| Telefax/ beruflich | |
| eMail | |
| Website | |

Bankverbindung

Deutsche und Apotheke Bank

Konto Nummer: 0006997317

BLZ: 30060601

IBAN: DE18300 6060100 06997317

BIC: DAAEDED

Bankverbindung

Bank Austria

Konto Nummer: 51596 022 303

BLZ: 12000

IBAN: AT221200051596022303

BIC: BKAUATWW

Einzugsermächtigung

Hiermit ermächtige ich Internationale Gesellschaft für angewandte Präventionsmedizin I-GAP bis auf Widerruf, meinen oben bezifferten Mitgliedsbeitrag mit mittels Lastschrift von meinem Konto einzuziehen. Bitte evtl. bestehenden Dauerauftrag löschen.

| | |
|------------|----------------|
| Jährlich € | 100,- € |
|------------|----------------|

| | |
|---|--|
| Geldinstitut | |
| Konto-Nr. | |
| Bankleitzahl | |
| IBAN | |
| BIC | |
| Name des Kontoinhabers, falls von Mitglied abweichend | |

Ich/wir bin/sind damit einverstanden, dass die vorstehenden Daten aus Rationalisierungsgründen über elektronische Datenverarbeitung erfasst und deshalb in eine Datei übernommen werden.

Datum

Unterschrift

**Internationale Gesellschaft für angewandte Präventionsmedizin i-gap e.V.
(International Society of Applied Preventive Medicine i-gap)**

Währingerstr. 63
A-1090 Wien
Tel. : +43 /1 408313124
Fax : +43 /1 408313129
Mail : office@i-gap.org
Web : www.i-gap.org