



AND e.V.
c/o med info GmbH
Hainenbachstr. 25
89522 Heidenheim

Mitgliedsantrag

Praxisanschrift
Titel; Name, Vorname: _____
Straße; Haus-Nr.: _____
PLZ; Ort: _____
E-Mail: _____
Homepage: _____
Tel.: _____ Fax: _____
Geb. Datum: _____
Privatanschrift
Straße; Haus-Nr.: _____
PLZ; Ort: _____
E-Mail: _____
Tel.: _____ Fax: _____
Beitragsgruppe
<input type="checkbox"/> Standardtarif 51 EURO/Jahr

**Arbeitsgemeinschaft
niedergelassener Diabetologen für
Fort- und Weiterbildung in der
Diabetologie (AND) e. V.**

Geschäftsstelle

c/o med info GmbH
Hainenbachstraße 25
89522 Heidenheim

Telefon: 07321 946910
Telefax: 07321 9469140
E-Mail: info@med-info-gmbh.de

VR-Nr.: 20609
Amtsgericht Duisburg

Bankverbindung

ApoBank
Konto: 1704346
BLZ: 30060601
IBAN: DE38 3006 0601 0001 7043 46
BIC: DAAEDEDXXX

Vorsitzender

Dr. Gerhard Klausmann

Stellv. Vorsitzende

Dr. Hansjörg Mühlen

Schatzmeister

Dr. Nikolaus Scheper

Schriftführer

Dr. Matthias Kaltheuner

Hiermit erkläre ich meinen Beitritt als Mitglied der AND e.V.

Ort, Datum Unterschrift



AND e.V., Hainenbachstraße 25, 89522 Heidenheim

AND e.V.
Hainenbachstraße 25
89522 Heidenheim

**Arbeitsgemeinschaft
niedergelassener Diabetologen für
Fort- und Weiterbildung in der
Diabetologie (AND) e. V.**

Geschäftsstelle

Hainenbachstraße 25
89522 Heidenheim

Telefon: 07321 94691-21
Telefax: 07321 94691-40
E-Mail: info@med-info-gmbh.de

VR-Nr.: 720611
Amtsgericht Ulm

Bankverbindung

ApoBank
IBAN: DE38 3006 0601 0001 7043 46
BIC: DAAEDEDXXX

Vorsitzender

Dr. Gerhard Klausmann

Stellv. Vorsitzende

Dr. Hansjörg Mühlen

Schatzmeister

Dr. Nikolaus Scheper

Schriftführer

Dr. Matthias Kaltheuner

SEPA Lastschriftmandat
Titel; Name; Vorname: _____
Straße; Haus-Nr.: _____
PLZ; Ort: _____
Kreditinstitut: _____
IBAN: DE ____ ____ ____ ____ ____ ____
BIC: _____

Gläubiger-Identifikationsnummer: DE96 ZZZ 00000 8553 33

Hiermit ermächtige ich die Arbeitsgemeinschaft niedergelassener Diabetologen für Fort- und Weiterbildung in der Diabetologie (AND) e. V. die wiederkehrenden Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von der Arbeitsgemeinschaft niedergelassener Diabetologen für Fort- und Weiterbildung in der Diabetologie (AND) e. V. auf mein Konto gezogene Lastschrift 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.

Ort Datum Unterschrift