



## Aufnahmeformular

Name, Vorname, Titel

geb. am

Berufsbezeichnung/derzeitige Tätigkeit/Arbeitsgebiet

Straße/Hausnummer/PLZ/Wohnort

E-Mail/Telefon/Fax

### Einzugsermächtigung

Hiermit ermächtige ich die

Deutsche Gesellschaft für Neurotraumatologie und Klinische Neurorehabilitation e. V.

widerruflich den von mir zu entrichtenden Mitgliedsbeitrag lt. Satzung (50,00 Euro Ärzte, 30,00 Euro andere Mitglieder) von meinem Konto abzubuchen. Wenn mein Konto die erforderliche Deckung nicht aufweist, besteht seitens des kontoführenden Kreditinstituts keine Verpflichtung zur Einlösung. Teileinlösungen werden im Lastschriftverfahren nicht vorgenommen.

Name  
Kontoinhaber(in)

Bankinstitut

IBAN

BIC

Datum

Unterschrift

**Bitte gut leserlich ausfüllen und zurücksenden an den Kassenwart:**

Dipl.-Psychologe Dr. rer. medic. Volker Völzke

HELIOS Klinik Hattingen, Am Hagen 20, 45527 Hattingen

Telefon: 02324 966-678 Fax: 02324 966-746 volker.voelzke(at)helios-gesundheit.de