



Deutsche Ärztegesellschaft für Ayurveda-Medizin e.V.  
 c/o Charité Hochschulambulanz für Naturheilkunde  
 am Immanuel Krankenhaus Berlin  
 Abteilung für Naturheilkunde  
 Königstr. 63  
 14109 Berlin  
 Telefon: 030 80505 614  
 Telefax: 030 80505 692  
 Website: www.daegam.de  
 E-Mail: office@daegam.de

## Deutsche Ärztegesellschaft für Ayurveda-Medizin e.V. - Antrag auf Fördermitgliedschaft -

Name, Vorname	
Titel	
Geburtstag	
Anschrift	
Telefon	
E-Mail	
Beruf	
Ausbildung im Ayurveda - falls vorhanden	
<input type="checkbox"/> Hiermit beantrage ich die Fördermitgliedschaft in der DÄGAM e. V. (Mitgliedsbeitrag mind. 120 € / Jahr, evtl. zzgl. freiwilliger Förderbeitrag*) <input type="checkbox"/> *Meinen Gesamtbeitrag setze ich hiermit fest auf jährlich ..... €	
<b>Zahlungsweise</b> <input type="checkbox"/> Der Mitgliedsbeitrag darf einmal jährlich* von meinem Konto eingezogen werden. Dazu schicke ich das beiliegende SEPA-Lastschriftmandat ausgefüllt mit.  <input type="checkbox"/> Den Mitgliedsbeitrag überweise ich bis zum 31.3. des jeweiligen Jahres* mit dem Verwendungszweck „Fördermitgliedsbeitrag DÄGAM JJJJ“. auf folgendes Konto: <b>IBAN: DE 05 4306 0967 1261 5125 00</b> <b>BIC: GENODEM1GLS</b>	
<b>Datenschutz</b> <input type="checkbox"/> Ich bin damit einverstanden, dass die DÄGAM mich über oben genannte E-Mail-Adresse und Anschrift mehrmals im Jahr über Vereinstätigkeiten informieren darf.	
Ort und Datum:	Unterschrift:

## Erteilung einer Einzugsermächtigung und eines SEPA-Lastschriftmandats

Name und Anschrift des Zahlungsempfängers (Gläubiger)

Deutsche Ärztegesellschaft für Ayurveda-  
Medizin e.V.  
c/o Charité Hochschulambulanz für  
Naturheilkunde am Immanuel Krankenhaus  
Königstr. 63  
14109 Berlin

Gläubiger-Identifikationsnummer (CI/Creditor Identifier)

DE38ZZZ00002092933

### Wiederkehrende Zahlungen/Recurrent Payments

Name und Anschrift des Kontoinhabers

--

Mandatsreferenz

### Einzugsermächtigung

Ich/Wir ermächtige(n) Sie widerruflich, die von mir/uns zu entrichtenden Zahlungen bei Fälligkeit durch Lastschrift von meinem/ unserem Konto mit der

Kto.-Nr. <b>Bitte SEPA-Lastschriftmandat ausfüllen</b>	Bankleitzahl -
genaue Bezeichnung des konföherenden Kreditinstituts -	

inzuziehen.

### SEPA-Lastschriftmandat

Ich/Wir ermächtige(n) Sie, Zahlungen von meinem/ unserem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise(n) ich/wir mein/ unser Kreditinstitut an, die von

[Name des Zahlungsempfängers]
-------------------------------

auf mein/ unser Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

Hinweis: Ich kann/Wir können innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrags verlangen. Es gelten dabei die mit meinem/ unserem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

Kreditinstitut	
BIC	IBAN DE
Ort, Datum	Unterschrift

Vor dem Einzug einer SEPA-Basis-Lastschrift werden Sie mich/ uns über den Einzug in dieser Verfahrensart unterrichten.

1 Hinweis: Ab 01.02.2014 kann die Angabe des BIC entfallen, wenn die IBAN mit DE beginnt.