



Beitrittserklärung

Hiermit beantrage ich die Mitgliedschaft in der Gesellschaft für Geschichte der Wehrmedizin e.V. (GGWM) und verpflichte mich zur Zahlung des jährlichen Mitgliedsbeitrages von

- 50 Euro 25 Euro für Mitglieder mit Beitragsermäßigung (Studenten/FWDL)

Dienstgrad/Titel/Vorname/Name

Geb.-Datum

Anschrift

PLZ Ort

Telefon Fax E-Mail

Ich bin mit der satzungskonformen Verarbeitung meiner personenbezogenen Daten gemäß EU-Datenschutz-Grundverordnung (DSGVO) vom 25.Mai 2018 einverstanden.

Ort, Datum, Unterschrift

Einzugsermächtigung

SEPA-Lastschriftmandat: Hiermit ermächtige ich die Gesellschaft für Geschichte der Wehrmedizin – Sitz: München – widerruflich, den Mitgliedsbeitrag bei Fälligkeit zu Lasten meines Kontos mittels Lastschrift einzuziehen.

Kreditinstitut (Name und BIC)

IBAN

Name/Vorname (Kontoinhaber)

Anschrift

Ort, Datum, Unterschrift