



**IAD**

Interdisziplinäre Arbeitsgemeinschaft  
Dialysezugang e.V.

## **Interdisziplinäre Arbeitsgemeinschaft Dialysezugang**

**Anträge auf Mitgliedschaft sind zu richten an:**

---

IAD Interdisziplinäre Arbeitsgemeinschaft Dialysezugang e. V.  
Geschäftsstelle  
c/o Aey Congresses GmbH  
Frau Romy Laurisch  
Seumestr. 8  
10245 Berlin

---

**Dem Antragsformular ist die ausgefüllte  
Einzugsermächtigung beizufügen.**

# Interdisziplinäre Arbeitsgemeinschaft Dialysezugang

## Antrag auf Mitgliedschaft ab

(bitte in Druckbuchstaben ausfüllen, Danke)

---

Name, Vorname

---

Titel

Dienststelle

Facharzt

---

Geburtsdatum

Geburtsort

Nationalität

**Dienstanschrift:**

---

Klinikname, Abteilung

---

Straße, Hausnummer

Telefon

---

Postleitzahl, Ortsname

Fax

---

E-Mail Adresse

Mit der Benachrichtigung per E-Mail erkläre ich mich einverstanden:

ja

nein

**Privatanschrift:**

---

Straße, Hausnummer

---

Postleitzahl, Wohnort

Telefon

---

Datum

Unterschrift des Antragstellers

Jahresbeitrag: Ärzte: = 50,00 €

Pflegefachkräfte, med. Fachangestellte oder vergleichbar: = 25,00 €

Patienten, Studenten, Auszubildende: = 10,00 €



**IAD**

Interdisziplinäre Arbeitsgemeinschaft  
Dialysezugänge e.V.

Gläubiger-Identifikationsnummer: DE36ZZZ00000260542

Mandatsreferenz: wird später mitgeteilt

## Erteilung einer Einzugsermächtigung und eines SEPA-Lastschriftmandats

\_\_\_\_\_  
Vorname und Name (Kontoinhaber)

\_\_\_\_\_  
Straße und Hausnummer

\_\_\_\_\_  
Postleitzahl und Ort

Ich ermächtige die Interdisziplinäre Arbeitsgemeinschaft Dialysezugänge (IAD e.V.) widerruflich, die von mir zu entrichtenden Zahlungen bei Fälligkeit durch Lastschrift von meinem Konto einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von der Interdisziplinäre Arbeitsgemeinschaft Dialysezugänge (IAD e.V.) auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen. Es handelt sich um eine wiederkehrende Zahlung.

Hinweis: Ich kann innerhalb von 8 Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Es gelten dabei die mit meinem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

\_\_\_\_\_  
Bank

\_\_\_\_\_  
BIC

\_\_\_\_ | \_\_\_\_ | \_\_\_\_ | \_\_\_\_ | \_\_\_\_ | \_\_\_\_  
IBAN

\_\_\_\_\_  
Datum, Ort und Unterschrift

### Datenschutz

Die vorangegangenen Informationen werden elektronisch gespeichert und sind ausschließlich zur Verwendung innerhalb des Verbandes bestimmt. (Verwaltung, Korrespondenz, Mitgliederlisten). Mit Unterzeichnung der Beitrittserklärung geben Sie ausdrücklich Ihre Einwilligung zur Datenerfassung.

### Information zum Einzug

Der Beitrag wird spätestens bis zum 15. Werktag eines Kalenderjahres eingezogen. Vor dem ersten Einzug einer SEPA-Basislastschrift wird mich die Interdisziplinäre Arbeitsgemeinschaft Dialysezugänge (IAD e.V.) über den Einzug in dieser Verfahrensart unterrichten.