



**Gesellschaft für  
Biophysikalische  
Medizin e.V.**

GBM e.V.  
Wiener Straße 67  
  
D-01219 Dresden

Wiener Straße 67, D-01219 Dresden  
Tel/Fax: +49 (0)351 46676827  
E-Mail: lachmann@gbm-medizin.de  
Web: www.gbm-medizin.de

Bankverbindung  
IBAN: DE02 8505 5000 0500 1380 60  
BIC: SOLADES1MEI

Vorsitzender: Prof. Dr. med. Albrecht Hempel  
Stellvertreterin: Dr. med. Gesine Korts

### **Antrag auf Mitgliedschaft in der GBM e.V.**

Ich beantrage die Mitgliedschaft in der Gesellschaft für biophysikalische Medizin e.V.

Anrede/Titel:

Vorname:

Name:

Berufsbezeichnung:

Straße:

Land/PLZ/Ort:

Telefon geschäftlich:

Telefon privat:

Handy:

Fax:

E-Mail:

Web:

- Der Jahresbeitrag von 60 € (Studenten 20 €) soll bei Fälligkeit per SEPA-Lastschrift von meinem Konto abgebucht werden. Bitte Einzugsermächtigung ausfüllen, unterschreiben und zurücksenden.
- Den Jahresbeitrag von 60 € (Studenten 20 €) werde ich zum Fälligkeitstag auf dem Konto der GBM e.V. eingehend überweisen.  
Mitglieder mit Wohnsitz im Ausland: Der Jahresbeitrag wird spesenfrei überwiesen.

Ich bin einverstanden, dass meine persönlichen Daten im Rahmen der Mitgliederverwaltung gespeichert werden.

.....  
Ort, Datum

.....  
Unterschrift



Gesellschaft für  
Biophysikalische  
Medizin e.V.

Wiener Straße 67, D-01219 Dresden  
Tel/Fax: +49 (0)351 46676827  
E-Mail: lachmann@gbm-medizin.de  
Web: www.gbm-medizin.de

GBM e.V.  
Wiener Straße 67

D-01219 Dresden

Bankverbindung  
IBAN: DE02 8505 5000 0500 1380 60  
BIC: SOLADES1MEI

Vorsitzender: Prof. Dr. med. Albrecht Hempel  
Stellvertreterin: Dr. med. Gesine Korts

## Einzugsermächtigung für den Jahresbeitrag

Hiermit ermächtige ich die GBM e.V. widerruflich, den fälligen Jahresbeitrag zu Lasten meines Kontos durch Lastschrift einzuziehen.

### SEPA-Lastschriftmandat:

Hiermit ermächtige ich die GBM e.V., Zahlungen von meinem Konto mittels SEPA-Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von der GBM e.V. auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

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

### Zahlungspflichtiger:

Anrede/Titel:

Vorname:

Name:

Land/PLZ/Ort:

Straße:

IBAN:

BIC:

Abweichender Name des Kontoinhabers:

**Zahlungsart:** Wiederkehrende Zahlung

.....  
Ort, Datum

.....  
Unterschrift