



## Antrag Mitgliedschaft Verein Schlafmedizin Berlin-Brandenburg e.V.

(Bitte alle Angaben in Druckbuchstaben, Originalantrag bitte postalisch an o.g. Adresse senden, als Datei gern vorab per Email an [info@schlafmedizin-bb.de](mailto:info@schlafmedizin-bb.de) - Sie erhalten eine Eingangsbestätigung)

Name: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_

Titel: \_\_\_\_\_ Geb. Datum (nur intern!) \_\_\_\_\_

### Privatanschrift

Strasse

PLZ/Ort

Tel.-Nr.:  
Fax.-Nr.:

### Arbeit:

Institution  
Str.

PLZ/Ort

Tel.Nr.  
Fax-Nr.

**E-Mailadresse:** \_\_\_\_\_

**Korrespondenzanschrift soll sein:**  Privatanschrift  Dienstanschrift?

**Im Mitgliederverzeichnis soll stehen:**  Privatanschrift  Dienstanschrift

Hiermit stelle ich den Antrag, als Mitglied in den Verein Schlafmedizin Berlin-Brandenburg e.V. aufgenommen zu werden.

die Mitgliedschaft soll beginnen:  2017 oder erst  2018

Der Mitgliedsbeitrag beträgt 10€ im Jahr.

Ja, ich benötige über meine *freiwilligen* Spendenbeiträge eine  Spendenbescheinigung für steuerliche Zwecke, diese bitte per  email oder  postalisch an die Privatadresse.

-----  
**Bezahlung der Mitgliedsbeiträge:**

**Bezahlung: per**  **SEPA-Lastschriftverfahren**

(Siehe auch SEPA-Lastschriftmandat Folgeseite!)

per  Rechnung

**(Zur Kostenersparnis bitte Lastschriftverfahren – Siehe Anlage!)**

**Bitte senden an => FAX 030-23254329**

(Schatzmeister Dr. Ralf Warmuth, Postanschrift: Zentrum für Schlafmedizin,  
Elsterwerdaer Platz 1, 12683 Berlin, Tel für Rückfragen 030-23254320)

Ort, Datum

Unterschrift des Antragstellers

## Schlafmedizin Berlin-Brandenburg e.V.

Geschäftsstelle: Charité Universitätsklinik Berlin  
Schlafmedizinisches Zentrum  
Luisenstr. 13, 10117 Berlin

Kontoverbindung: IBAN DE51180500003205105620 Sparkasse Spree-Neiße  
Gläubiger-Identifikationsnummer: DE29ZZZ00000640326  
Mandatsreferenz: Mitgliedsnummer

### SEPA-Lastschrift

Ich ermächtige den Verein Schlafmedizin Berlin-Brandenburg e.V. von meinem Konto mittels Lastschrift Zahlungen einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die vom Verein Schlafmedizin Berlin-Brandenburg e.V. auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

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

---

Vorname und Name (Kontoinhaber)

---

Straße und Hausnummer

---

Postleitzahl und Ort

---

Kreditinstitut (Name)

BIC: \_\_\_\_\_ -

DE \_\_\_\_ | \_\_\_\_ | \_\_\_\_ | \_\_\_\_ | \_\_\_\_ | \_\_\_\_

(IBAN)

---

Datum , Ort und Unterschrift

Bitte faxen Sie die ausgefüllte SEPA-Lastschrift an:

**FAX 030-23254329**

Dr. Ralf Warmuth // Schatzmeister Verein Schlafmedizin-BB e.V.  
Elsterwerdaer Platz 1, 12683 Berlin