



## ANTRAG auf Mitgliedschaft Schlafmedizin Berlin –Brandenburg e.V. (SMBB)

\* Titel: ..... Name: ..... Vorname: .....

Geb.-Datum: .....

Ausgeübter Beruf:  Ärztin/Arzt  Dipl.-Psych.  Naturwissenschaftler  Unternehmen  Studentin/Student

Gesundheits- u. Krankenpfleger(in) / Krankenschwester  MTA  MFA / Arzthelfer  Sonstiger: .....

Fachrichtung: .....

Adresse: privat

Adresse: dienstlich

Einrichtung: .....

Abteilung: .....

Straße: .....

Straße: .....

PLZ ..... Ort .....

PLZ ..... Ort: .....

\* Tel.: .....

Tel.: .....

\* Fax: .....

\* Fax: .....

\* Email: .....

Email: .....

als Korrespondenzadresse verwenden:  privat oder  dienstlich

Der Satzung gemäß entscheidet der Vorstand über die Aufnahme.

**Der Mitgliedsbeitrag beträgt 10 Euro und mittels Lastschrift eingezogen. Bitte füllen Sie dazu das SEPA-Lastschriftmandat auf Seite 3 aus.**

Bitte senden Sie das ausgefüllte und unterschriebene Formular an die SMBB-Geschäftsstelle:

Schlafmedizin Berlin-Brandenburg e.V.

c/o Charité-Universitätsmedizin Berlin

Interdisziplinäres Schlafmedizinisches Zentrum

Charitéplatz 1

10117 Berlin

Kontakt für Rückfragen: [martin.glos@charite.de](mailto:martin.glos@charite.de) (Dr. Martin Glos, Schatzmeister)

Ort: ..... Datum: ..... Unterschrift: .....

Sämtliche Angaben sind nur für den internen Gebrauch der Gesellschaft bestimmt.

Hinweis: Die mit "\*" gekennzeichneten Angaben sind freiwillig und dienen der besseren Kommunikation mit Ihnen.

**Der Antrag kann nur mit der unterschriebenen Datenschutzerklärung und dem ausgefüllten und unterzeichneten SEPA-Lastschriftmandat (siehe Anhänge) bearbeitet werden!**

## Erklärung zum Datenschutz

Ich erkläre mich damit einverstanden, dass nach meiner Aufnahme in den Verein SMBB meine gewünschten Daten:

- für administrative Zwecke in elektronischer Form gespeichert werden,
- für den Erhalt von Mitgliederinformationen verwendet werden, diese können auch abbestellt werden

Die Empfänger-E-Mail-Adresse kann jederzeit über die Geschäftsstelle ([martin.glos@charite.de](mailto:martin.glos@charite.de)) geändert werden.

Ort, Datum

Unterschrift

---

---

**SEPA-Basis-Lastschriftmandat** (SEPA Direct Debit Mandate)  
für SEPA-Basis-Lastschriftverfahren/SEPA Core Direct Debit Scheme

Name und Anschrift des Zahlungsempfängers (Gläubiger)

Schlafmedizin Berlin-Brandenburg e.V.  
Geschäftsstelle  
c/o Charité-Universitätsmedizin Berlin  
Interdisziplinäres Schlafmedizinisches Zentrum  
Charitéplatz 1  
10117 Berlin

**Wiederkehrende Zahlungen/  
Recurrent Payments**

[Gläubiger-Identifikationsnummer (CI/Creditor Identifier)]  
**DE29ZZZ00000640326**

[Mandatsreferenz]

**SMBB-Mitgliedsnummer:** .....

*Wird von der Geschäftsstelle nach Antragsbearbeitung eingetragen  
und per Post mit Ihrer Ausfertigung des Lastschriftmandats an Sie  
versandt)*

**SEPA-Basis-Lastschriftmandat**

Ich/Wir ermächtige(n)

[Name des Zahlungsempfängers]

**Schlafmedizin Berlin-Brandenburg e.V**

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

[Name des Zahlungsempfängers]

**Schlafmedizin Berlin-Brandenburg e.V**

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.

Kontoinhaber (Vorname, Name)

Straße, Hausnummer

[PLZ, Ort]

[Kreditinstitut]

BIC<sup>1</sup>

[IBAN]

<sup>1</sup> Hinweis: Die Angabe des BIC entfallen, wenn die IBAN mit DE beginnt.

[Ort, Datum]

Unterschrift (Zahlungspflichtiger)