



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

* Titel: * Name: * Vorname:

* Geb.-Datum:

* **Ausgeübter Beruf:** ☐ Ärztin/Arzt ☐ Dipl.-Psych. / M.Sc. (Psych) ☐ Natur- / Ingenieur-Wissenschaften

☐ Unternehmen ☐ Studentin/Student ☐ Gesundheits- u. Krankenpfleger(in) / Krankenschwester

☐ MTA ☐ MFA / Arzthelfer ☐ Sonstiger:

Fachrichtung:

* **Adresse - privat**

* Straße:

* PLZ * Ort

* Email:

Tel.:

Fax:

* **Adresse – dienstlich (wenn zutreffend)**

* Einrichtung:

* Abteilung:

* Straße:

* PLZ * Ort:

Email:

Tel.:

Fax:

Nach Satzung (<https://schlafmedizin-bb.de/satzung-mitgliedschaft>) entscheidet der Vorstand über die Aufnahme.

Der Mitgliedsbeitrag, aktuell 15 Euro, wird 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 (Dr. Martin Glos, Schatzmeister)

Ort: Datum: Unterschrift:

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

Hinweis: Die mit “*” gekennzeichneten Angaben sind notwendig um Ihren Antrag zu bearbeiten und die Mitgliedschaft zu begründen.

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) 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]

BIC¹

[IBAN]

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

[Ort, Datum]

Unterschrift (Zahlungspflichtiger)