

Absender:

Rheumazentrum Rhein-Main e.V.  
Geschäftsstelle Frankfurt  
c/o Orthopäd. Universitätsklinik  
Friedrichsheim gGmbH  
Marienburgstr. 2

60528 Frankfurt

**FAX (069) 6301 87893**

## AUFNAHMEANTRAG

Hiermit beantrage ich die Aufnahme in das Rheumazentrum Rhein-Main e.V.

Titel, Name, Vorname: \_\_\_\_\_

Adresse: \_\_\_\_\_

Klinik / Praxis: \_\_\_\_\_

Telefonnummer: \_\_\_\_\_

E-Mail: \_\_\_\_\_

Homepage: \_\_\_\_\_

Mit einer Veröffentlichung meines Namen und meiner Daten in einer Mitgliederliste des Rheumazentrums Rhein-Main e.V. ( = Mitglieder Login auf unserer Homepage – Zugang nur für Mitglieder ) , sowie der Veröffentlichung auf der Homepage des Rheumazentrums Rhein-Main e.V. bin ich einverstanden :

Ja / Nein

Den Mindestbeitrag ( 15,00 € für persönliche Mitglieder / 1022,00 € für institutionelle Mitglieder ) habe ich zur Kenntnis genommen.

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Stempel / Unterschrift

Rheumazentrum Rhein-Main e.V.  
Geschäftsstelle  
Frau J. Wiesemann  
Marienburgstr. 2

60528 Frankfurt am Main

Fax-Nr.: (069) 6301 87893

### Homepage

Nachfolgend meine Anschrift mit der vollständigen Adresse etc.

---

Name

Vorname

Titel

---

Adresse

Klinik/Praxis

---

Telefonnummer

Fax

E-Mail

Ich bin damit einverstanden, meine Anschrift mit den jeweiligen Erreichbarkeiten  
auf der Homepage des RZRM zu veröffentlichen.

---

Datum

Unterschrift

---

Stempel

# EINZUGSERMÄCHTIGUNG

Hiermit ermächtige ich den Verein „Rheumazentrum Rhein-Main e.V.,  
Marienburgstraße 2, 60528 Frankfurt am Main“ meine jährlichen Beiträge  
(mindestens 15,00 € für persönliche Mitglieder/1022,00 € für institutionelle Mitglieder)  
von meinem Bankkonto einzuziehen.

Betrag: \_\_\_\_\_ €

Kontoinhaber: \_\_\_\_\_

IBAN: \_\_\_\_\_

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

Bank: \_\_\_\_\_

Mit ist bekannt, dass das kontoführende Institut nicht verpflichtet ist, die Lastschrift  
einzulösen, falls kein ausreichendes Guthaben vorhanden ist.

.....

Ort, Datum

.....

Unterschrift/Stempel