



**BITTE digital ausfüllen, ausdrucken, unterschreiben und per PDF an:
kontakt@kontinenzschulung.de senden**

DANKESCHÖN 😊

Antrag auf Mitgliedschaft (ab 2024)

(bitte in Druckbuchstaben ausfüllen!)

Hiermit beantrage ich die Mitgliedschaft für den Verein
Konsensusgruppe Kontinenzschulung im Kindes- und Jugendalter (KgKS e.V.)

Vorname:

Name

Titel und Profession:

Adresse privat (optional):

Klinik/Institut/Abteilung:

Telefon:

Email:

Meine Kontaktdaten dürfen auf einer Mitgliederliste im mitgliederöffentlichen Bereich der
Webseite hinterlegt werden : ja nein

**Ich erkläre mich einverstanden, dass der Jahresbeitrag von 75,- € (Arzt/Ärztin), bzw. 50,- €
(weitere med. Fachberufe) von der Konsensusgruppe Kontinenzschulung eingezogen
wird: ja nein**

.....
Datum

Unterschrift

Bitte unbedingt beachten wenn sie die Frage mit Ja beantwortet haben:

SEPA - Lastschriftmandat

Gläubiger-Identifikationsnummer: DE04ZZZ00001093572

Ich ermächtige die Konsensgruppe Kontinenzschulung im Kinder- und Jugendalter (KgKS e.V.), c/o Gesundheit Nord, Eltern-Kind-Zentrum Prof. Hess, St.-Jürgen-Str.1 28205 Bremen. Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift im SEPA-Verfahren einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von der Konsensgruppe Kontinenzschulung im Kinder- und Jugendalter auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

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

Zahlungsart: Wiederkehrende Zahlungen

Vorname und Name (Kontoinhaber)

Straße und Hausnummer

Postleitzahl und Ort

Kreditinstitut (Name, BIC)

IBAN

Datum, Ort und Unterschrift
