



## **Aufnahmeantrag in die Sportärzteschaft Württemberg e.V.**

**Hiermit beantrage ich die Aufnahme in die Sportärzteschaft Württemberg e. V.**

Titel .....  
Name .....  
Vorname .....  
Geburtsdatum .....  
Straße .....  
PLZ / Wohnort .....  
Fachgebiet .....  
Telefon / Fax .....  
Mobil .....  
Email .....

Niedergelassen:	<input type="radio"/>	Beamter:	<input type="radio"/>
Angestellter:	<input type="radio"/>	Student:	<input type="radio"/>
Facharzt:.....			
Zusatzbezeichnung Sportmedizin	ja	<input type="radio"/>	nein <input type="radio"/>
Weitere Zusatzbezeichnungen	ja	<input type="radio"/>	nein <input type="radio"/>
Wenn ja, welche:.....			

**Wechsel von einem anderen Landesverband: (Wenn ja, von welchem?):**

.....

**Der Mitgliedsbeitrag pro Jahr beträgt 65,00 €. In diesem ist das Abonnement der „Deutschen Zeitschrift für Sportmedizin“ enthalten.**

**MedizinstudentInnen sind Beitragsfrei**

(Voraussetzung ist die Vorlage der Immatrikulationsbescheinigungen zu Beginn des Semesters)

Ort und Datum.....Unterschrift .....



**Wir bitten Sie den Jahresmitgliedsbeitrag mittels SEPA-Lastschrift abbuchen zu lassen.**

Ich ermächtige die Sportärzteschaft Württemberg e.V. Zahlungen von meinem Konto mittels SEPA-Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von der Sportärzteschaft Württemberg 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.

**Zahlungsart:** Wiederkehrende Zahlung.

**Vorname und Nachname (Kontoinhaber)**

---

**Straße und Hausnummer**

---

**Postleitzahl und Ort**

---

**IBAN (22 Stellen)**

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

**BIC (8 oder 11 Stellen)**

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

**Ort**

**Datum**

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

**Unterschrift**

--