



---

**Kompetenznetz Darmerkrankungen e. V.**

Hopfenstraße 60, 24103 Kiel

**FAX: 0431- 592 957 - 3988**

**E-Mail: sekretariat@kompetenznetz-ced.de**

**Aufnahmeantrag  
für eine persönliche ordentliche Mitgliedschaft**

Name \_\_\_\_\_ Geb.datum \_\_\_\_\_

Institution \_\_\_\_\_

Anschrift \_\_\_\_\_

E-Mail \_\_\_\_\_ Telefon / Fax \_\_\_\_\_

Ich erkenne die gültige Satzung des Kompetenznetz Darmerkrankungen e. V. an. Ich erkläre mich einverstanden, dass die persönlichen Daten im Rahmen der Eintrittserklärung ausschließlich für interne Zwecke des Vereins in der Datenverarbeitung genutzt werden.

Ich bin mit der Veröffentlichung meiner Praxisdaten (Adressdaten) auf der Homepage des Kompetenznetz Darmerkrankungen e. V. einverstanden.  Ja  Nein

\_\_\_\_\_  
Eintrittsdatum

\_\_\_\_\_  
Ort / Datum / Unterschrift u. Stempel

**SEPA-Lastschriftmandat:**

Hiermit bitte(n) ich/wir widerruflich den jährlichen Mitgliedsbeitrag in Höhe von € 50,00 zu Lasten folgenden Girokontos abzubuchen:

Name des Kontoinhabers: \_\_\_\_\_

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

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

Geldinstitut \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des Kontoinhabers

\_\_\_\_\_  
Ort/Datum