



ÖSTERREICHISCHE GESELLSCHAFT FÜR  
KLINISCHE PSYCHO-NEURO-IMMUNOLOGIE

BEWUSSTSEINs ch a f f e n

## Beitrittserklärung zur Aufnahme in die Österreichische Gesellschaft für kPNI

Name: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_

Titel: \_\_\_\_\_ Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Straße: \_\_\_\_\_

PLZ: \_\_\_\_\_ Ort: \_\_\_\_\_ Telefon: \_\_\_\_\_

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

Beruf: \_\_\_\_\_

Ich beantrage die Aufnahme in die Österreichische Gesellschaft für kPNI als

Ordentliches Mitglied  Mitgliedsbeitrag pro Jahr: € 120,-

Außerordentliches Mitglied  Mitgliedsbeitrag pro Jahr: €

Mir ist bekannt, dass die Aufnahme vorbehaltlich der Zustimmung des Vorstands erfolgt.  
Meine persönlichen Daten werden im Rahmen der Mitgliederverwaltung gespeichert.

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

\_\_\_\_\_  
Unterschrift



ÖSTERREICHISCHE GESELLSCHAFT FÜR  
KLINISCHE PSYCHO-NEURO-IMMUNOLOGIE

BEWUSSTSEINs ch a f f e n

## SEPA-Lastschrift-Mandat (Ermächtigung) - SEPA Direct Debit Mandat

**Zahlungsempfänger:** Österreichische Gesellschaft für klinische Psycho-Neuro-Immunologie  
in Wien  
ZVR 637374052  
Creditor ID: AT90ZZZ00000032266

**Mandatsreferenz (Mitglieds.No.):** \_\_\_\_\_

Ich ermächtige die Österreichische Gesellschaft für klinische Psycho-Neuro-Immunologie, Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von der Österreichischen Gesellschaft für klinische Psycho-Neuro-Immunologie auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

Bezüglich der Information über bevorstehende SEPA-Lastschrift-Buchungen gilt eine verkürzte Frist von 3 Tagen. 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. Über meine Rechte bezüglich dieses Mandates kann ich mich bei meinem Kreditinstitut informieren (z.B. Merkblatt).

### Zahlungspflichtige:

Vorname: \_\_\_\_\_ Name: \_\_\_\_\_

Anschrift: (Straße, No.): \_\_\_\_\_

(PLZ, Ort / Land): \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

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

### Zahlungsbeträge:

Wiederkehrend: Jahresbeitrag € \_\_\_\_\_

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

Unterschrift des Mitgliedes/Zahlungspflichtigen:

\_\_\_\_\_