

# Antrag auf Mitgliedschaft

Bitte per Fax an 07441 / 534 - 707 oder per Post an den Schriftführer der GRVS e.V. senden.



Dr. med. Bertil Kluthe  
Schriftführer der GRVS  
Klinik Hohenfreudenstadt  
Tripsenweg 17

72250 Freudenstadt

Ordentliches Mitglied der Gesellschaft können natürliche Personen werden, die in der Rehabilitation tätig sind.

Fördernde Mitglieder können natürliche und juristische Personen sein, welche die Ziele der Gesellschaft fördern.

Jahresbeitrag: Chef-/Oberärzte/leitende Psychologen € 25,-  
Ärzte, Psychologen, Pflegekräfte u. a. € 10,-

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

Ich bin Chef-/Oberarzt/leitender Psychologe  
(zur Bemessung des Beitrags)

\_\_\_\_\_  
Einrichtung/Klinik/Dienststellung

\_\_\_\_\_  
Straße, Nr. (dienstlich)

\_\_\_\_\_  
Straße, Nr. (privat)

\_\_\_\_\_  
PLZ, Ort (dienstlich)

\_\_\_\_\_  
PLZ, Ort (privat)

\_\_\_\_\_  
Telefon/Durchwahl (dienstlich)

\_\_\_\_\_  
Telefon (privat)

\_\_\_\_\_  
Telefax (dienstlich)

\_\_\_\_\_  
E-Mail (privat)

\_\_\_\_\_  
E-Mail (dienstlich)

\_\_\_\_\_  
Datum, Unterschrift

**GRVS e.V. • Dr. med. B. Kluthe • Klinik Hohenfreudenstadt • Tripsenweg 17 • 72250 Freudenstadt**

## SEPA-Lastschriftmandat\*

Ich ermächtige die GRVS e.V., Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von der GRVS e.V. auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

Gläubiger-Identifikationsnummer: DE40ZZZ00000134176  
Mandatsreferenz: MNr[*Mitgliedsnummer*]

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.

\_\_\_\_\_  
Vorname und Name des Kontoinhabers

\_\_\_\_\_  
IBAN

\_\_\_\_\_  
Anschrift des Kontoinhabers

\_\_\_\_\_  
BIC

\_\_\_\_\_  
Name der Bank

\_\_\_\_\_  
Datum, Unterschrift

\*Voraussetzung für die Mitgliedschaft ist das Erteilen eines SEPA-Lastschriftmandats