

An den  
BDPM e. V.  
c/o Dr. med. Christian Messer  
Ansbacher Str. 13  
10787 Berlin

Ich wurde von folgendem BDPM-Mitglied geworben, das für die Werbung eine Prämie in Höhe von 100,00 Euro erhält:

---

Name, Vorname, Titel

---

Straße, Hausnummer

---

PLZ, Stadt

---

E-Mail

**Hiermit beantrage ich die**

**O ordentliche**  
**O außerordentliche (z.B. für Ärzte in Weiterbildung)**

**Mitgliedschaft im Bundesverband Psychosomatische Medizin und Ärztliche Psychotherapie (BDPM) e. V.**

\_\_\_\_\_  
(Name, Vorname, Titel)

\_\_\_\_\_  
(Fachbezeichnung)

\_\_\_\_\_  
(Straße, Hausnummer)

\_\_\_\_\_  
(PLZ, Stadt)

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

**Mitglied in der DGPM?** ja

nein

\_\_\_\_\_  
(Fax)

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

**Der Jahresbeitrag beträgt 240,00 € für ordentliche Mitglieder bzw. 90,00 € für außerordentliche Mitglieder.**

Gläubiger-Identifikationsnummer DE75ZZZ00000304266

**SEPA-Lastschriftmandat:** Ich ermächtige den BDPM e. V, Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die vom BDPM 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.

\_\_\_\_\_ | \_\_\_\_\_  
(Kreditinstitut (Name und BIC))

DE \_\_ | \_\_\_\_ | \_\_\_\_ | \_\_\_\_ | \_\_\_\_ | \_\_\_\_  
(IBAN)

\_\_\_\_\_  
Bankleitzahl

\_\_\_\_\_  
Kontonummer

Die Mandatsreferenz wird separat mitgeteilt

\_\_\_\_\_  
(Datum, Ort, Unterschrift)

\_\_\_\_\_  
(Arztstempel)

Bitte per **Fax an: 030 612 88 301** oder per Post an die oben angegebene Adresse