

Mitglieds-Nr.:

Aufnahmeantrag-Beitrittserklärung

Aktion GYNAméd Mitglieder werben



Hiermit erkläre ich meinen Beitritt zum Anwenderkreis GYNAméd e.V.

Name des Vermittlers	<input type="text"/>	
Titel	<input type="text"/>	
Vorname, Name	<input type="text"/>	
Straße	<input type="text"/>	
PLZ/Ort	<input type="text"/>	
Telefon	<input type="text"/>	Fax <input type="text"/>
E-Mail	<input type="text"/>	
MEDISTAR-Vertriebspartner	<input type="text"/>	
Ich übernehme die Praxis von:	<input type="text"/>	

Aufnahmegebühr 50,- Euro
Jahresbeitrag 60,- Euro

(Die Aufnahmegebühr und der 1. Jahresbeitrag werden nach Eintritt eingezogen, die Folgebeiträge jeweils zum 01.07. des Jahres)

- Ich erkläre mich damit einverstanden, dass GYNAméd e. V. die **Lizenz-Datei** (Freischaltung für die GYNAméd-Dateien) bei CGM MEDISTAR für mich anfordert und an meinen zuständigen Vertriebs- und Servicepartner zwecks Installation weiterleitet.
- Ich erkläre mich damit einverstanden, dass GYNAméd e. V. die **GYNAméd-Neuinstallation** an meinen zuständigen Vertriebs- und Servicepartner zwecks Installation weiterleitet.
- Das **GYNAméd-Quartals-Update** wird quartalsweise mit dem **CGM MEDISTAR Update** ausgeliefert. Ich erkläre mich damit einverstanden.

(bitte kreuzen Sie alle drei Kästchen an und bestätigen Ihre Kenntnisnahme durch Ihre Unterschrift)

Hiermit erkenne ich ausdrücklich an:

- 1) Die Überlassung von GYNAméd-Datenträgern an Nichtmitglieder ist untersagt, führt zum sofortigen Ausschluß ohne Rückforderungsrecht der eingezahlten Beträge und zu zivilrechtlichen Schritten.
- 2) Eine Haftung für die Richtigkeit des Inhaltes der GYNAméd-Dateien wird von GYNAméd ausdrücklich ausgeschlossen.
- 3) Die Kündigung der Mitgliedschaft kann durch schriftliche Erklärung mit einer Frist von 3 Monaten zum Ende eines jeden Kalenderjahres erklärt werden.

Arztstempel
Ort/Datum
Unterschrift

<hr/>

SEPA-Lastschriftmandat:

hiermit ermächtige ich GYNAméd e.V., Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschriftverfahren einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von GYNAméd e.V. auf mein Konto gezogenen Lastschriftverfahren einzulösen.

Konto, BLZ	<input type="text"/>
IBAN, BIC	<input type="text"/>
Bank	<input type="text"/>
Arztstempel Ort/Datum Unterschrift	<input type="text"/>

Daten des Vermittlers:

Vorname, Name	<input type="text"/>	
Straße	<input type="text"/>	
PLZ/Ort	<input type="text"/>	
Telefon	<input type="text"/>	Fax <input type="text"/>
E-Mail	<input type="text"/>	
Konto, BLZ	<input type="text"/>	
IBAN, BIC	<input type="text"/>	
Bank	<input type="text"/>	

Die Prämie von 50,- Euro soll auf die oben genannte Bankverbindung überwiesen werden. Hiermit versichere ich, dass ich nicht mit der von mir vermittelten Person identisch bin.

Die Beitrittserklärung bitte ausgefüllt per Post oder Fax an die GYNAméd-Geschäftsstelle schicken:

GYNAméd e.V.
Sperberweg 9 c
30627 Hannover
Fon: 0 53 31 - 90 26 66
Fax: 0 53 31 - 90 26 67