

## DSTIG-Aufnahmeantrag

Ich möchte Mitglied der Deutschen STI-Gesellschaft werden und beantrage hiermit die Aufnahme als ordentliches Mitglied.

Titel und Fachrichtung:	
Vorname:	
Name:	
Straße:	
PLZ / Ort :	
Geburtsdatum:	
Telefon:	
ggf. Telefax:	
E-Mail:	
Mit der Speicherung, Verarbeitung und Übermittlung dieser Daten gem. DSGVO im Rahmen der satzungsgemäßen Aufgaben der DSTIG bin ich einverstanden.	
Ort / Datum	Unterschrift / Stempel
<b>Zahlungsart (bitte ankreuzen)</b>	
<input type="checkbox"/> Ich zahle den regulären Jahresbeitrag von <b>60,00 €</b> jährlich	
<input type="checkbox"/> Ich zahle den ermäßigten Jahresbeitrag von <b>30,00 €</b> jährlich (aus dem Berufsleben ausgeschiedene Personen – bitte Nachweis in Kopie beilegen)	
<input type="checkbox"/> Ich bin Studierende*r und beantrage eine kostenfreie Mitgliedschaft (bitte Nachweis in Kopie beilegen)	
<input type="checkbox"/> Ich zahle den Jahresbeitrag <b>per Einzugsermächtigung (Erteilung auf S. 2)</b>	
<input type="checkbox"/> Ich bin nicht am Einzugsverfahren interessiert und überweise den jährlichen Mitgliedsbeitrag <u>regelmäßig auf das in der Fußzeile angegebene Konto der DSTIG.</u>	

Bitte versenden Sie unser Aufnahmeformular ausgefüllt und unterschrieben an [info@dstig.de](mailto:info@dstig.de),  
per Fax an 0234 - 509-8924 oder per Post an: Prof. Dr. N.H. Brockmeyer • Deutsche STI-Gesellschaft • Klinik  
für Dermatologie, Venerologie u. Allergologie der Ruhr-Universität • Postanschrift: WIR „Walk In Ruhr“ im St.  
Elisabeth-Hospital, Bleichstraße 15; 44787 Bochum

## Erteilung einer Einzugsermächtigung und eines SEPA-Lastschriftmandats

Name des Lastschriftempfängers: Deutsche STI-Gesellschaft

Anschrift: Walk In Ruhr (WIR), Zentrum für Sexuelle Gesundheit und Medizin, Bleichstraße 15, 44787 Bochum

Gläubiger-Identifikationsnummer: DE07ZZZ00000316645

### **Einzugsermächtigung:**

*Ich ermächtige den Zahlungsempfänger Deutsche STI-Gesellschaft widerruflich, die von mir zu entrichtenden Zahlungen bei Fälligkeit durch Lastschrift von meinem Konto einzuziehen.*

### **SEPA Lastschriftsmandat:**

*Ich ermächtige (A) den Zahlungsempfänger Deutsche STI-Gesellschaft Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich (B) weise ich mein Kreditinstitut an, die vom Zahlungsempfänger Deutsche STI-Gesellschaft 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.*

Zahlungsart:  Wiederkehrende Zahlung  Einmalige Zahlung

Name des/der Zahlungspflichtigen (Kontoinhaber\*in):

Anschrift des/der Zahlungspflichtigen (Kontoinhaber\*in)

Straße und Hausnummer:

PLZ und Ort:

IBAN des/der Zahlungspflichtigen (max. 22 Stellen): D E

BIC (8 oder 11 Stellen):

D E

Ort:

Datum (TT/MM/JJJJ):

Unterschrift des/der Zahlungspflichtigen (Kontoinhaber\*in):

Vor dem ersten Einzug der SEPA-Lastschrift wird mich der Zahlungsempfänger Deutsche STI-Gesellschaft über den Einzug in dieser Verfahrensart unterrichten.

Bankverbindung der Deutschen STI-Gesellschaft : NASPA Frankfurt-Niederrad

IBAN: DE83 5105 0015 0156 0266 70 SWIFT-BIC: NASSDE55XXX▲

Bitte versenden Sie unser Aufnahmeformular ausgefüllt und unterschrieben an [info@dstig.de](mailto:info@dstig.de), per Fax an 0234 - 509-8924 oder per Post an: Prof. Dr. N.H. Brockmeyer • Deutsche STI-Gesellschaft • Klinik für Dermatologie, Venerologie u. Allergologie der Ruhr-Universität • Postanschrift: WIR „Walk In Ruhr“ im St. Elisabeth-Hospital, Bleichstraße 15; 44787 Bochum