



Mitgliedsantrag

Ich möchte Mitglied im Deutschen Telemedizin Zentrum - DTZ e.V. werden.

Von der Vereinssatzung habe ich Kenntnis genommen.

Nachname:	
Vorname:	
Titel:	
Straße, Nr.:	
PLZ/Ort:	
Telefon priv.:	
Telefon gesch.:	
Telefon mobil:	
FAX priv./gesch.:	
Email-Adresse:	

Der Jahresmitgliedsbeitrag ergibt sich aus der Beitragsordnung. Er wird einmal jährlich über die Teilnahme am Einzugsermächtigungsverfahren bezahlt.

Ein Formular für die Teilnahme an dem Verfahren liegt anbei.

Bitte senden an:

**Deutsches Telemedizin Zentrum – DTZ e.V.
Muggenhofer Str. 136
90429 Nürnberg
Fax: 0911-3238019**

Einzugsermächtigung

Hiermit wird das Deutsche Telemedizin Zentrum DTZ widerruflich ermächtigt, die jährlichen Beiträge für die Mitgliedschaft von dem nachstehend angegebenen Girokonto abzubuchen:

Name und Anschrift des Geldinstitutes	
Konto-Nr.	
Bankleitzahl	

Das oben genannte Konto wird bei dem Geldinstitut unter folgender Bezeichnung geführt:

Name und Anschrift des Kontoinhabers	
---	--

Ort, Datum: _____

Kontoinhaber

Unterschrift: _____

Name: _____

Bitte senden an:

**Deutsches Telemedizin Zentrum – DTZ e.V.
Muggenhofer Str. 136
90429 Nürnberg
Fax: 0911-3238019**