

# ARBEITSGEMEINSCHAFT FÜR GEN-DIAGNOSTIK E.V.

SITZ IN DÜSSELDORF  
GEGR. 1984  
DER VORSTAND



## Anmeldung zur AGD-Mitgliedschaft

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

\_\_\_\_\_  
Institut/ Firma

\_\_\_\_\_  
Straße, Nr.

\_\_\_\_\_  
PLZ / Ort

\_\_\_\_\_  
Telefon

\_\_\_\_\_  
Fax

\_\_\_\_\_  
Email

<b>Mitgliedsbeitrag:</b> 35,00€ pro Jahr
--

\_\_\_\_\_  
Bankinstitut

\_\_\_\_\_  
BLZ

\_\_\_\_\_  
Konto-Inhaber

\_\_\_\_\_  
Konto-Nr.

\_\_\_\_\_  
Unterschrift

Hiermit bitte ich Sie widerruflich, die von der AGD e.V. für mich bei Ihnen eingehenden Lastschriften zu Lasten meines Girokontos einzulösen. Wenn mein Konto die erforderliche Deckung nicht aufweist, besteht keine Verpflichtung, die Lastschrift einzulösen. Für den Fall der Nichteinlösung durch mangelnde Kontodeckung verpflichte ich mich, der AGD e.V. die dadurch entstandenen Kosten zu erstatten.

Die Satzung der AGD erkenne ich mit meiner Unterschrift an.

Datum/ Unterschrift \_\_\_\_\_