



Mitgliedsantrag

Ich möchte Mitglied der Deutschen Interdisziplinären Gesellschaft für Dysphagie (DGD) werden.

Name _____

Vorname _____

Titel _____

Institut _____

Straße _____

PLZ/Ort _____

Telefon _____

E-Mail _____

Fachrichtung _____

Hiermit bevollmächtige ich die Deutsche Interdisziplinäre Gesellschaft für Dysphagie, den Mitgliedsbeitrag in Höhe von derzeit EUR 30,- pro Jahr von folgendem Konto per Lastschriftverfahren einzuziehen:

Inhaber _____

IBAN _____

BIC _____

Bankinstitut _____

Bitte Rücksendung per E-Mail an info@dg-dysphagie.de oder Fax an 089/890677-77.

Datum

Unterschrift