



### Antrag auf Mitgliedschaft

Rheinisch-Westfälische Gesellschaft für Innere Medizin e.V.

Bitte ausgefüllt zurücksenden an:  
Prof. Dr. med. Thomas Frieling (Schriftführer)  
Med. Klinik II, HELIOS Klinikum Krefeld  
Lutherplatz 40, 47805 Krefeld

Telefon: 01578-2130663  
E-Mail: [Geschaeftsfuehrung@rwgim.de](mailto:Geschaeftsfuehrung@rwgim.de)  
[www.rwgim.de](http://www.rwgim.de)

Durch meine Unterschrift beantrage ich, unter Anerkennung der Satzung, die Mitgliedschaft in der Rheinisch-Westfälischen Gesellschaft für Innere Medizin e.V.

Name: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_ Titel: \_\_\_\_\_

**Klinikadresse / Praxisadresse**

Dienststellung/Abteilung: \_\_\_\_\_

Klinik/Institut/Praxis: \_\_\_\_\_

oder \_\_\_\_\_

**Privatadresse**

Straße: \_\_\_\_\_ PLZ / Ort: \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_ Fax: \_\_\_\_\_

Mobil: \_\_\_\_\_ E-Mail: \_\_\_\_\_

Eintritt: \_\_\_\_\_

Zur Veröffentlichung meiner Adresse im geschützten, nur den Mitgliedern zugänglichen Teil der Homepage der RWGIM, erkläre ich mein Einverständnis:  Ja  Nein

\_\_\_\_\_  
Ort Datum Unterschrift

- Den Jahresbeitrag von derzeit 30,00 € überweise ich nach Erhalt der Aufnahmebestätigung auf das Konto der Rheinisch-Westfälischen Gesellschaft für Innere Medizin e.V. bei der Sparkasse Düsseldorf IBAN: **DE53 3005 0110 1005 5309 42 / BIC: DUSDEDDXXX.**
- Zahlung des Jahresbeitrag von derzeit 30,00 € per SEPA-Lastschrift-Mandat Rheinisch-Westfälische Gesellschaft für Innere Medizin e.V. Gläubiger-Identifikationsnummer: DE27ZZZ00001296470

**SEPA-Lastschrift-Mandat**

Ich ermächtige die Rheinisch-Westfälische Gesellschaft für Innere Medizin e.V., Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift bei Fälligkeit einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von der Rheinisch-Westfälischen Gesellschaft für Innere Medizin e.V. auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen. Wenn das Konto die erforderliche Deckung nicht aufweist, besteht seitens des kontoführenden Kreditinstituts keine Verpflichtung zur Einlösung. Die dadurch entstehenden Gebühren gehen dann zu meinen Lasten.

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.

\_\_\_\_\_  
Vorname und Name (Kontoinhaber)

\_\_\_\_\_  
Straße und Hausnummer

\_\_\_\_\_  
Postleitzahl und Ort

D	E																		
---	---	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

IBAN

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

BIC

\_\_\_\_\_  
Datum und Ort  
11/2017

\_\_\_\_\_  
Unterschrift