

Antrag auf Mitgliedschaft in der
Application form for membership of the

International Association for Medical & Health Humanities and Artistic Research, e.V.

(Bitte den Antrag mit Unterschrift per Post versenden an: International Association for Medical & Health Humanities and Artistic Research e.V., Große Straße 107, 28870 Ottersberg, Deutschland, Mail: info (at) imhar (Punkt) net)

Bitte Dokument in Druckbuchstaben oder am Computer ausfüllen. Please fill document in block capitals or electronically. * Pflichtfeld required

Name*

Surname

Tel.

Vorname*

First name

e-Mail

Strasse*

Street

PLZ/Ort*

City

Jahresbeiträge (Zutreffendes bitte ankreuzen)*:

Annual fee (please tick one box)

Individuelle Mitgliedschaft 50 Euro

Individual Membership

Fördermitgliedschaft 90 EUR

supporting members

Juristische Personen 200 EUR

legal entities

Informationen zur Kündigung:

Die Mitgliedschaft im Verein ist unbefristet. Eine Kündigung der Mitgliedschaft muss mit einer Frist von zwei Monaten jeweils zum Ende des Geschäftsjahres gegenüber dem Vorstand erklärt werden.

The membership in the association is unlimited. A termination of membership must be declared to the Executive Board with two months' notice to the end of the financial year.

Zahlungsmodalitäten* / payment arrangements:

Gläubiger-ID:

Mitgliedsnummer: _____

Ich ermächtige hiermit die International Association for Medical & Health Humanities and Artistic Research, e.V., Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von der International Association for Medical & Health Humanities and Artistic Research auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen. Collect payments by debit from my bank account

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. /

Note: I can claim reimbursement of the amount due within eight weeks of the debit date. Applicable in this regard by the contract with my bank conditions.

Kontoinhaber/in*: _____

Straße / Haus-Nr.: _____

PLZ / Ort: _____

Bank*: _____

BIC*: _____

IBAN*: _____

Ort und Datum* / Place and date

Unterschrift* / Signature