

An die
 Gesellschaft für Kinder- und Jugendrheumatologie e.V. (GKJR)
 - Geschäftsstelle -
 c/o Deutsches Rheuma-Forschungszentrum
 Programmbereich Epidemiologie
 Charitéplatz 1
 10117 Berlin



Fax: 030/28460-744

**Antrag auf Mitgliedschaft in der Gesellschaft für Kinder- und Jugendrheumatologie e.V. (GKJR)
 (entsprechend §4 der Satzung)**

Hiermit beantrage ich die Mitgliedschaft in der Gesellschaft für Kinder- und Jugendrheumatologie e.V. (GKJR)

Name: _____	Vorname: _____
Titel: _____	Geburtsdatum: _____
Beruf: _____	
<i>Anschrift / Arbeitsplatz</i>	<i>Anschrift / privat:</i>
Institution: _____	Straße: _____
Abteilung: _____	PLZ / Ort: _____
Straße: _____	Telefon: _____
PLZ / Ort: _____	Fax: _____
Telefon: _____	Email: _____
Fax: _____	
Email: _____	

Ort	Datum	Unterschrift
-----	-------	--------------

Befürwortung der Mitgliedschaft durch zwei Mitglieder der GKJR:

1.	_____	_____	_____	_____
	Titel, Name, Vorname	PLZ/Ort	Arbeitsstelle	Straße
	_____	_____	_____	
	Ort	Datum	Unterschrift	
2.	_____	_____	_____	_____
	Titel, Name, Vorname	PLZ/Ort	Arbeitsstelle	Straße
	_____	_____	_____	
	Ort	Datum	Unterschrift	

Bitte beantworten Sie uns noch die folgenden Fragen:

Sind Sie Facharzt für Pädiatrie?	<input type="radio"/> nein <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> in Weiterbildung
Sind Sie zertifizierter Kinderrheumatologe?	<input type="radio"/> nein <input type="radio"/> ja, seit
Sind Sie in Weiterbildung z. Kinderrheumatologen?	<input type="radio"/> nein <input type="radio"/> ja, seit

Hinweise zum Jahresbeitrag für die Mitglieder der GKJR

Der Jahresbeitrag liegt im Jahr 2017 bei 50,00 €.

Ab 2018 beträgt er

- **für Fachärzte 100 €**
- **für alle Anderen 75 €**

Liegt kein SEPA-Lastschriftmandat vor, so erhöht sich der jährliche Beitrag um 5 € zur Deckung des zusätzlichen Verwaltungsaufwandes. Ein Formular zur Erteilung eines SEPA-Lastschrift-Mandats finden Sie auf Seite 3 dieses Dokuments.

Bei Überweisung nutzen Sie bitte folgendes Konto:

Berliner Sparkasse, IBAN: DE93 1005 0000 6603 0053 69

Eine Bescheinigung über die Zahlung des Mitgliedsbeitrages geht Ihnen im Folgejahr automatisch zu.

Bitte senden an:

Deutsche Gesellschaft für Kinder- und
Jugendrheumatologie e.V. (GKJR)
- Geschäftsstelle -
c/o Deutsches Rheuma-Forschungszentrum
Programmbereich Epidemiologie
Charitéplatz 1
10117 Berlin



**ERMÄCHTIGUNG ZUM JÄHRLICHEN EINZUG DES JAHRESBEITRAGES DER GESELLSCHAFT FÜR
KINDER- UND JUGENDRHEUMATOLOGIE E.V. (GKJR) MITTELS
SEPA-LASTSCHRIFTMANDAT**

Gläubiger-Identifikationsnummer: DE98ZZZ00001345244.

Mandatsreferenz: Wird separat mit der Information vor dem ersten SEPA-Lastschrifteinzug mitgeteilt.

Ich ermächtige den Schatzmeister der Gesellschaft für Kinder- und Jugendrheumatologie e.V. (GKJR), Herrn Dr. med Ulrich Neudorf, zum Einzug des Jahresbeitrages bei Fälligkeit zu Lasten meines Girokontos mittels SEPA-Lastschrifteinzug. Mein Kreditinstitut weise ich an, die wiederkehrenden Lastschriften der GKJR einzulösen, die von meinem Konto eingezogen werden. Ich kann innerhalb von 8 Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrags verlangen. Es gelten dabei die mit meinem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

Ich werde spätestens 3 Tage vor der ersten oder jeder veränderten Abbuchung über die künftigen Fälligkeiten und Abbuchungsbeträge informiert. Meine Mandatsreferenznummer erhalte ich mit der Information vor dem ersten SEPA-Lastschrifteinzug.

Kreditinstitut: _____

IBAN: DE __ | ____ | ____ | ____ | ____ | __

Titel, Vorname, Name Kontoinhaber
(bitte in DRUCKBUCHSTABEN)

genaue Anschrift
(bitte in DRUCKBUCHSTABEN)

Datum, Unterschrift Kontoinhaber

Abbuchungstermin

Der Lastschrifteinzug erfolgt jeweils zum 31.07. Fällt der Fälligkeitstag auf ein/en Wochenende/Feiertag verschiebt er sich auf den ersten darauf folgenden Werktag.