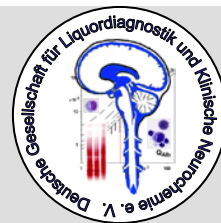


# Deutsche Gesellschaft für Liquordiagnostik und Klinische Neurochemie e.V. (DGLN)



Geschäftsstelle DGLN e.V.  
Universitätsklinikum Ulm  
Neurologie im RKU, K. Hauser  
Oberer Eselsberg 45

89081 Ulm

Geschäftsstelle DGLN e. V.  
Universitätsklinikum Ulm  
Neurologie  
Oberer Eselsberg 45  
89081 Ulm  
Tel. 0731-177 5261  
Fax 0731-500 63002  
[info@dgln.de](mailto:info@dgln.de)

## Aufnahme als Mitglied / Änderungsmitteilung

(nicht zutreffendes bitte durchstreichen)

Name, Vorname: \_\_\_\_\_ geb.: \_\_\_\_\_

Titel: \_\_\_\_\_

Berufsbezeichnung: \_\_\_\_\_

Dienststellung und  
Aufgabengebiet: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Tel.: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Fax.: \_\_\_\_\_

Adresse privat: \_\_\_\_\_ Tel.: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

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

Der Jahresbeitrag beträgt z.Zt.:

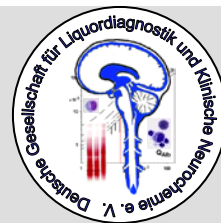
Akademiker: 25,00 Euro

Nicht-Akademiker: 12,50 Euro

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Antragsteller/Antragstellerin

**Bitte auch Erteilung des Lastschriftmandats auf Seite 2 ausfüllen!!**



Seite 2 zum Antrag auf Aufnahme als Mitglied / Änderungsmitteilung

---

(Name, Vorname, Geb.-Datum Antrag vom (Datum S. 1))

## SEPA-Lastschrift-Mandat

**Mandats-Referenz-Nummer:** \_\_\_\_\_  
(wird von der DGLN vergeben)

**Gläubiger-Identifikations-Nr. der DGLN: DE79 ZZZ0 0001 4279 39**

Ich ermächtige die Deutsche Gesellschaft für Liquordiagnostik und Klinische Neurochemie e.V. (DGLN), Zahlungen von meinem/unserem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein/unser Kreditinstitut an, die von der DGLN auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

Hinweis: Ich kann innerhalb von 8 Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Es gelten dabei die mit meinem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

Kontoinhaber: \_\_\_\_\_  
(Name, Vorname)

\_\_\_\_\_  
(Anschrift)

Geldinstitut: \_\_\_\_\_

BIC: \_\_\_\_\_

IBAN: \_\_\_\_\_

---

Ort, Datum

---

Unterschrift d. Zahlungspflichtigen/Kontoinhabers