

## Deutsche Sektion der ISMRM e. V. Antrag auf Mitgliedschaft

 Frau Mediziner Herr

(Titel, akad. Grade)

 Naturwissenschaftler

(Name)

(Vorname)

(Mittelinitialen)

(Institution/Unternehmen; ggf. Abteilung)

(Adresse; möglichst Instituts-/Geschäftsadresse)

(Adresse; Fortsetzung)

(PLZ)

(Stadt)

(Land)

(Telefon-Nummer)

(Mobiltelefon-Nummer)

(Fax-Nummer)

(E-Mail-Adresse; ggf. auch zweite, private E-Mail-Adresse)

Hiermit beantrage ich die **Mitgliedschaft** in der Deutschen Sektion der ISMRM e. V. (DS-ISMRM)

- Mit meiner Unterschrift bestätige ich, daß ich Mitglied der „*International Society for Magnetic Resonance in Medicine, Inc. (Berkeley, USA)*“ bin, und beantrage somit die **ordentliche** Mitgliedschaft. (Kreuzen Sie dieses Feld *nicht* an, falls Sie *nicht* Mitglied der internationalen Muttergesellschaft *ISMRM, Inc.* sind. Dann erhalten Sie die **assoziierte** Mitgliedschaft in der Deutschen Sektion der ISMRM e. V. Assoziierte Mitglieder haben keine Stimmrechte, und können keine Ämter ausüben.)

- Bitte führen Sie mich als **Mitglied in Ausbildung** mit ermäßigtem Mitgliedsbeitrag. (Dieser Status ist möglich für ordentliche und assoziierte Mitglieder, die ihren Doktorgrad vor längstens 3 Jahren erhalten haben.) **Jahr der Promotion** (ggf. voraussichtlich):

(Ort, Datum)

(Unterschrift)

### SEPA-Lastschriftmandat

Hiermit ermächtige ich die „*Deutsche Sektion der ISMRM e. V.*“, einmal jährlich den fälligen Mitgliedsbeitrag von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von der DS-ISMRM auf mein Konto gezogene Lastschrift einzulösen.

Vorname und Name (Kontoinhaber):

Straße und Hausnummer:

Postleitzahl und Ort:

Kreditinstitut:

IBAN:

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.

(Ort, Datum)

(Unterschrift)