WORLD MEDICAL ASSOCIATION OF SURYOYE (WMAS) e.V.

سفمه ۱٫۰ ساغه هدنمه دینمه

Ḥuyodo Suryoyo Tibeloyo di Osyuto



Antrag auf Mitgliedschaft / Application for Membership

1. Satzung / Statute

Eine Abschrift der Satzung kann unter www.wmas-osye.com in Ihrer geltenden Fassung eingesehen werden.

A copy of the articles of association can be found at wmas.info in the current version.

2. Persönliche Angaben /Personal Information

Titel, Name/Vorname oder Unternehmen/Title, surname, first name or company	
Straße Hausnummer/Street, house number	
Postleitzahl, Ort/Postcode City	
Felefon/phone	
Email/E-mail	
Geburtsdatum/Date of birth	
Fachrichtung/subject area	
□ Selbstständig/independently □ Angestellt/employe □ Klinik/clinic □ Assistenzarzt/assistant □ Student/in /student	

3. Jahresbeitrag/Annual fee.

☐ Mitglied/member 100€ ☐ Studenten kostenfrei/student free

Mit der Veröffentlichung (Homepage des Vereins, in der Presse) von Fotos aus dem Vereinsleben, auf denen mein Gesicht deutlich erkennbar ist, bin ich einverstanden. Ferner bin ich einverstanden, dass mein Name und meine Fachrichtung in der Suryoye-Ärzteliste auf der Homepage aufgeführt wird. Sollten Sie als Mitglied nicht damit einverstanden sein, so kann diese Einwilligung schriftlich beim Vorstand widerrufen werden. Mit der Aufnahme in den Verein erkenne ich die Satzung und die jeweils gültigen Beitragssätze an. Änderungen der Adresse bzw. der Bankverbindung müssen dem Verein umgehend mitgeteilt werden. Kündigungen sind schriftlich mit einer Frist von 3 Monaten zum Jahresende möglich.

WMAS Vorstand:

Präsident

Prof. Dr. F. Oduncu

Stellvertreter

Prof. Dr. H. Algül Dr. I. Aydin

Generalsekretärin

Ilona George

Schatzmeister

Dr. J. Hanna

Beisitzer

Dr. F. Abdo Dr. M. Bargello Prof. Dr. M. Şenkal

www.wmas-osye.com

Email: info@wmas-osye.com

World Medical Association of Suryoye (WMAS) e.V. Medizinische Klinik Ziemssenstr. 1, 80336 München

Corresponding/Postal Address:

World Medical Association of Suryoye (WMAS) e.V. Prof. Dr. Dr. Fuat Oduncu Saldenburgstrasse 56 81245 Munich, Germany

Bankverbindung: apoBank

IBAN DE23 3006 0601 0004 5309 05 BIC DAAEDEDDXXX

WORLD MEDICAL ASSOCIATION OF SURYOYE (WMAS) e.V.

سېمهر ۲۰ سېچه لامنومه در بېمه

Huyodo Suryoyo Tibeloyo di Osyuto

With the publication (homepage of the association, in the press) of photos from the association's life, on which my face is clearly recognizable, I agree. If you as a member do not agree with this, then this consent can be revoked in writing to the Board. With the admission into the association I recognize the statute and the valid contribution rates. Changes address or bank details must be communicated to the club immediately.

Terminations are possible in writing with a notice period of 3 months to the end of the year.

Sepa-Lastschriftmandat/Sepa direct debit mandate

Gläubiger-Identifikationsnummer: DE
Mandatsreferenz:(wird vom Verein ausgefüllt/will be filled in by the association
Ich ermächtige WMAS, Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die WMAS auf mein Konto gezogenen Lastschrifte einzulösen. 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.
I authorize WMAS to collect payments from my account by direct debit. At the same time I instruct my bank, the WMAS Redeem debits drawn on my account. 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.
Zahlungsart/Payment method: wiederkehrende Zahlung /recurring payment
Kontoinhaber/account owner
Name, Vorname / Name first Name
Straße Hausnummer/Street, house number
PLZ, Wohnort / Zip Code Residential Address
Kreditinstitut/credit institution
Bank Name, Ort / Name, place
BIC
IBAN
Ort, Datum / Place and date

