

Einzugsermächtigung

Titel, Vorname, Name (ggf. Institution), Mitgliedsnummer

Land (A, CH, D), Postleitzahl, Ort

Straße, Hausnummer

Hiermit ermächtige ich die Gesellschaft für Qualitätsmanagement in der Gesundheitsversorgung e.V. (GQMG) zur Einziehung meines Mitgliedsbeitrages in Höhe von € 90,- (Studenten jeweils 50%) pro Jahr.

Kontoinhaber (z.B. Institut, Krankenhaus etc.) **bitte unbedingt in jedem Fall ausfüllen!**

Konto

Bankleitzahl

Geldinstitut

Datum

Unterschrift

Bitte senden Sie das deutlich ausgefüllte Formular an die

GQMG c/o Ärztekammer Hamburg, Lerchenfeld 14, 22081 Hamburg