

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

مَعْنَا هَيُودَا لِمَحْكَلَا وَبِ اَهْمَا

Huyodo Suryoyo Tibeloyo di Osyuto



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

Präsident/President
Prof. Dr. Dr. Fuat S. Oduncu

Generalsekretärin/Secretary
Ilona George
info@wmas.info

www.WMAS.info

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

Mitgliedsantrag / Membership Application

I would like to become a regular member of the World Medical Association of Suryoye (WMAS) e.V.

1. Personal information

Titel, Vorname, Name/degree, first name, last name or company

Straße, Hausnummer/street, no.

Postleitzahl, Ort/postal code, city

Land/country

Dienstanschrift/professional address

Telefon/phone

Email/E-mail

Geburtsdatum/date of birth

Fachrichtung/qualification

Funktion/function Praxis/practice Angestellter/employée

Klinik/clinic Assistent/assistant Universität/university

Student/student

2. Jahresbeitrag/Annual fee

Mitglied/member 100€ Studenten kostenfrei/student free

Mit der Veröffentlichung (Homepage des Vereins, in der Presse) dieser Angaben sowie von Fotos aus dem Vereinsleben, auf denen mein Gesicht deutlich erkennbar ist, bin ich einverstanden. 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 in der jeweils gültigen Version 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/Board:

Präsident/President
Prof. Dr. Dr. F. Oduncu

Stellvertreter/Deputies
Prof. Dr. H. Algül
Dr. I. Aydin

Generalsekretärin/Secretary
Ilona George

Schatzmeister/Treasurer
Dr. J. Hanna

Beisitzer/Members
Dr. F. Abdo
Dr. M. Bargello
Dr. F. Çelebioğlu
Prof. Dr. M. Şenkal

Bankverbindung/Bank Account:
apoBank
IBAN DE23 3006 0601 0004 5309 05
BIC DAAEDEDXXX

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

مَعْنَا مَعْرُوسَا لِمَحْكَلَا وَبِ اَصْحَابَا

Huyodo Suryoyo Tibeloyo di Osyuto



I agree with the publication (homepage of the association, press releases) of my personal information and of photos within the society's life, on which my face is clearly recognizable. If you as a member do not agree with this policy, this consent can be revoked in written form to the Board. With the admission in the association, I recognize the statutes and the charging fee rates. Changes of address or bank details must be communicated to the society immediately. Cancellation of membership is possible only in written form with a notice period of 3 months to the end of the year.

3. Sepa-Lastschriftmandat/sepa direct debit mandate

Gläubiger-Identifikationsnummer: DE

Mandatsreferenz: _____ (wird vom Verein ausgefüllt/will be filled in by the society)

Ich ermächtige WMAS, Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von WMAS auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

Der Einzug erfolgt erstmalig 4 Wochen nach Aufnahme in den Verein und dann jährlich zum 15. Januar.

I hereby 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. The collection takes place for the first time 4 weeks after admission to the society and then annually by 15th of January.

4. Zahlungsart/payment method

Kontoinhaber/account owner

Vorname, Nachname/first name, last name

Straße, Hausnummer/street, no.

PLZ, Wohnort, Land / postal code, city, country

Kreditinstitut/bank account

Name der Bank, Ort / name of bank, place

IBAN

BIC

Ort, Datum, Unterschrift (Kontoinhaber) / place, date, signature (account holder)