

Mitgliedsantrag
Deutscher Wundrat e.V.
Martinistraße 52
20246 Hamburg
Telefon +49 40 7410 - 55428
kontakt@wundrat.de



Mitgliedsantrag

Personenbezogene Angaben (nur bei Mitgliedschaft einer Einzelperson):

Nachname Titel
Vorname Geburtsname
Geburtsdatum
Dienststellung

Adresse dienstlich (nur bei Mitgliedschaft einer Einzelperson):

Einrichtung
(Praxis, Name d. Klinik)
Telefon Telefax
E-Mail
Straße PLZ
Ort

Adresse privat:

Telefon Telefax
E-Mail
Straße PLZ
Ort

Angaben Firma/Fachgesellschaft/Verband/Krankenkasse:

Ansprechpartner

Nachname Titel

Vorname

Dienststellung

Name d. Fachgesellschaft/
Firma/Verband/GKV

Telefon Telefax

E-Mail

Straße PLZ

Ort

Mitgliedtyp/Mitgliedschaft

Zutreffendes bitte ankreuzen:

Einzelperson (Beitrag 20,- €/Jahr)

Fachgesellschaften, Verbände, Krankenkassen (Beitrag 100,- €/Jahr)

Außerordentliche Mitgliedschaft / Industrie (Beitrag _____ €/Jahr)

Ort

Datum

Unterschrift des Antragstellers/Stempel

SEPA-Lastschrift-Mandat

Konto Nr.

BLZ

Kontoinhaber

IBAN

BIC

Bankname

Der Kontoinhaber ist identisch mit
dem beitragspflichtigen Mitglied

JA

NEIN

Gewünschtes Aufnahmejahr:

Laufendes Kalenderjahr

Nächstes Kalenderjahr

(Volle Beitragspflicht entsteht im Aufnahmejahr)

Ermächtigung zum Einzug des Mitgliedsbeitrages Deutscher Wundrat e.V. mittels Lastschrift:

Hiermit ermächtige ich Sie widerruflich, meinen Mitgliedsbeitrag bei Fälligkeit zu Lasten meines Kontos mittels Lastschrift einzuziehen. Wenn mein Konto die erforderliche Deckung nicht aufweist, besteht seitens des kontoführenden Kreditinstitutes keine Verpflichtung zur Einlösung.

Hinweis

Ich kann innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Dabei gelten die mit meinem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

Wir speichern Ihre Daten elektronisch und übermitteln sie ausschließlich im Rahmen der satzungsgemäßen Aufgaben der Gesellschaften an Dritte, z.B. an unseren EDV-Dienstleister zum Zwecke der Mitgliederverwaltung. Mit Stellen des Aufnahmeantrages erklären Sie sich damit einverstanden.

Ort

Datum

Unterschrift des Antragstellers/Stempel