

MITGLIEDSANTRAG

(Bitte in Druckbuchstaben ausfüllen!)

Hiermit beantrage ich zum _____ meine Aufnahme als Mitglied im Bundesverband spezialisierte Wundversorgung e.V. Zugleich erkenne ich die mir bekannte Satzung des Bundesverbandes spezialisierte Wundversorgung e.V. als für mich verbindliche Grundlage der Vereinsmitgliedschaft an. Dies bezieht sich auch auf die aktuelle Beitragsordnung.

Bitte beachten Sie, dass nur vollständig ausgefüllte Anträge bearbeitet werden können.

Eine Emailadresse ist wichtig für die regelmäßige Kommunikation aktueller Informationen.

Für Fragen zum Mitgliedsantrag stehen wir gerne unter • 030 - 88 71-4679 zur Verfügung.

Name _____

Vorname _____

Geburtsdatum _____

Dienstliche Kontaktdaten

Einrichtung / Institution _____

Funktion _____

Fachbereich / Abteilung _____

Straße _____

PLZ / Ort _____

Telefon _____

Email _____

Private Kontaktdaten:

Straße _____

PLZ / Ort _____

Telefon _____

Email _____

Bitte senden Sie mir die Mitgliedsunterlagen und jede weitere Post des Bundesverbandes spezialisierte Wundversorgung e.V. an die gekennzeichnete Adresse zu:

Versand an Privatadresse

Versand an Dienstadresse

Ort, Datum

Unterschrift

SEPA - LASTSCHRIFTMANDAT FÜR MITGLIEDSBEITRÄGE

Die Mandatsreferenz entspricht Ihrer Mitgliedsnummer

Ich ermächtige den Bundesverband spezialisierte Wundversorgung e.V. Zahlungen, die im Rahmen meiner Mitgliedschaft fälligen Beiträge mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die vom Bundesverband spezialisierte Wundversorgung e.V. auf mein Konto gezogene Lastschrift einzulösen.

Vorname und Name des Kontoinhabers _____

Name des Kreditinstituts _____

BIC -----

IBAN DE ____/____/____/____/____/____

Ort, Datum und Unterschrift

Bitte senden Sie den ausgefüllten Mitgliedsantrag per Post an: Bundesverband spezialisierte Wundversorgung e.V. • Geschäftsstelle • Düsseldorf Straße 12 • 10719 Berlin, per Fax an: 030- 88 71 – 3544 oder per Email an: info@bundesverband-wundversorgung.de