



DVMD

Der Fachverband für
Dokumentation und
Informationsmanagement
in der Medizin

DVMD e.V.
Lobdengaustraße 13

69493 Hirschberg

AUFNAHMEANTRAG FÖRDERMITGLIEDSCHAFT

Hiermit beantrage ich die Aufnahme in den DVMD als Fördermitglied

- Basis Jahresbeitrag 250 €
- Premium Jahresbeitrag 1.000 €

Firmenanschrift

Firmenname

Straße und Hausnummer

PLZ und Ort

Ansprechpartner

Fon

E-Mail

- Ich habe die Satzung des DVMD e.V. sowie die Allgemeinen Geschäftsbedingungen unter dvmd.de/mitgliedschaft/ gelesen und erkenne diese an.
- Ich habe die Datenschutzbestimmungen für Mitglieder des DVMD e.V. unter dvmd.de/mitgliedschaft/ gelesen und erkenne diese an.

Ort, Datum

Unterschrift

DVMD * Der Fachverband für Dokumentation und Informationsmanagement in der Medizin e.V.
Lobdengaustraße 13 * 69493 Hirschberg * Fon: 06201 4891884 * dvmd@dvmd.de
Vereinsregister Ulm Nr. 471 * Steuernummer: 47025/14636
Ulmer Volksbank e.G. * IBAN: DE 43 6309 0100 0006 6410 08 * BIC: ULMVDE66XXX

SEPA-Lastschrift-Mandat



DVMD

Der Fachverband für
Dokumentation und
Informationsmanagement
in der Medizin

DVMD e.V.
Lobdengaustraße 13

69493 Hirschberg

SEPA-Lastschrift-Mandat

Gläubiger-Identifikationsnummer: DE36ZZZ00000105827

Mandatsreferenz: (Diese teilt Ihnen der DVMD nach Eingang dieses Schreibens mit.)

Ich ermächtige den DVMD e.V., Beitragszahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die vom DVMD e.V. auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

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.

Name des Kontoinhabers

Straße und Hausnummer

PLZ und Ort

Kreditinstitut

IBAN

Ort, Datum

Unterschrift