

Mitgliedsantrag

Lymphnetz Mitteldeutschland



Hiermit beantrage ich/wir die Mitgliedschaft im Verein

LYMPHNETZ MITTELDEUTSCHLAND e.V.

Titel, Nachname, Vorname

Ggf. Name des Unternehmens/ Name des Lymphnetzes

Adresse

Telefon, Fax

E-Mail

Möchten Sie, dass ihre Kontaktdaten (bzw. Die der Einrichtung) in der Experten Suche auf der Website veröffentlicht werden?

- Freigabe. Ja, Kontaktdaten dürfen veröffentlicht werden
- Keine Freigabe. Nein, Kontaktdaten dürfen nicht veröffentlicht werden.

Ich bin:

- Arzt
- Physiotherapeut
- Sanitätshaus
- Wundversorger
- Klinik

Und erfülle die Aufnahmekriterien

Ort, Datum, Unterschrift

Mitgliedsbeitrag



MEIN / UNSER jährlicher Mitgliedsbeitrag beträgt:

60 € Einzelperson und passive Mitglieder

100 € Ordentliche Mitglieder (Betriebe mit einem Standort)

150 € Ordentliche Mitglieder (Betriebe mit mehr als einem Standort)

Einzugsermächtigung

Hiermit ermächtige ich den Verein LYMPHNETZ MITTELDEUTSCHLAND e.V. widerruflich, den von mir zu entrichtenden Mitgliedsbeitrag bei Fälligkeit zu Lasten meines Kontos in Höhe von€ pro Jahr

IBAN

BIG

mittels Lastschrift einzuziehen.

Name des Mitglieds

Name des Kontoinhabers wenn vom Mitgliedsnamen abweichend

Ort, Datum, Unterschrift