

AUFNAHMEANTRAG

Hiermit beantrage ich die Mitgliedschaft im Deutschen Bundesverband der Epithetiker e.V. (dbve). Grundlage der Mitgliedschaft ist die Satzung des Deutschen Bundesverbandes der Epithetiker e.V. in der jeweils gültigen Fassung (siehe Internet)

Angaben bitte in Druckschrift:

Name: _____

Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

Beruf: _____

PLZ/Wohnort: _____

Strasse: _____

Telefon: _____ Fax: _____

e-mail: _____ Webseite: _____

Art der Mitgliedschaft:

Ordentliches Mitglied: Assoziiertes Mitglied: Fördermitglied:

Haben Sie einen Einzelvertrag mit einer Krankenkasse abgeschlossen: ja nein

Führen Sie z.Zt. Verhandlungen mit einer Krankenkasse: ja nein

Sind Sie anerkannter Epithetiker der IASPE: ja nein

Nur für Antragsteller auf eine Ordentliche Mitgliedschaft:

Nicht `Anerkannte Epithetiker nach IASPE` fügen bitte folgende Unterlagen bei:

- tabellarischer beruflicher Werdegang
- besuchte Seminare, Kurse für das Fachgebiet „Chirurgische Prothetik und Epithetik“
- sonstige Qualifikationen

Durch meine Unterschrift erkenne ich die Satzung, die Leitlinien und die geltenden Beiträge einschließlich Aufnahme/Bearbeitungsgebühr des dbve an – ebenso, dass meine Kontaktdaten (Adresse, Telefonnummer und e-mail) im Rahmen des dbve veröffentlicht werden können. Dazu gehört auch die Veröffentlichung des Namens und Adresse auf der Webseite des dbve – es sei denn, es wird schriftlich Widerspruch eingelegt. Ebenso ist die Vollmacht zum Bankeinzug meiner dbve-Beiträge Bestandteil meines Antrags auf Mitgliedschaft.

Ort und Datum

Unterschrift

Erteilung eines SEPA-Lastschriftmandats (Basislastschrift)

Zahlungsempfänger:

**Deutscher Bundesverband der Epithetiker e.V.
Bundesgeschäftsstelle
Bei Schuldts Stift 3**

20355 Hamburg

**Gläubiger-Identifikationsnummer:
DE 42ZZZ00000182349**

Mandatsreferenz: wird nachträglich mitgeteilt

Ich/wir ermächtige/n den Deutschen Bundesverband der Epithetiker e.V. (dbve), Zahlungen von meinem/ unserem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich/weisen wir mein/unser Kreditinstitut an, die vom dbve auf mein/unser Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

Hinweis: Ich kann/wir können innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Es gelten dabei die mit meinem/ unserem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

Name des Zahlungspflichtigen (Kontoinhaber)

Anschrift des Zahlungspflichtigen

IBAN DE - - - - -

BIC - - - - -

Geldinstitut _____

Ort, Datum und Unterschrift/Stempel vom Kontoinhaber:
