

Beitrittserklärung PEDiP e.V.

Hiermit erkläre ich ab _____ meinen Beitritt als Mitglied im PEDiP e.V.

Name:	_____	Vorname:	_____
Geb.-Datum:	_____	Straße:	_____
PLZ:	_____	Ort:	_____
Telefon:	_____	E-Mail:	_____

Durch meine Unterschrift erkenne ich die Satzung des Vereins an.
Derzeitig wird kein Mitgliedsbeitrag erhoben, über Veränderungen werden Mitglieder informiert (weitere Entscheidungen zum Mitgliedsbeitrag werden im Rahmen der jährlichen und angekündigten Mitgliederversammlung getroffen).

Ort, Datum

Unterschrift des Mitglieds

Freiwillige Veröffentlichung im Praxisfinder

☐ Ich willige ein, dass meine im Mitgliederdatenformular online angegebenen Kontaktdaten (Name, Praxisname, Praxisanschrift, Telefonnummer, E-Mail-Adresse sowie ggf. weitere von mir freigegebene Angaben) im öffentlich zugänglichen Praxisfinder auf www.pedipev.de veröffentlicht werden.

Mir ist bekannt, dass die Daten weltweit abrufbar sind und von Suchmaschinen indexiert werden können. Die Einwilligung ist freiwillig und kann jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen werden.

Ort, Datum

Unterschrift des Mitglieds

Jetzt direkt die Mitgliederdaten
eingeben und gefunden werden!



Erteilung des SEPA-Lastschriftmandats

Gläubiger-Identifikationsnummer des Vereins: DE04ZZZ00002890885

Mandatsreferenz: PEPEV2020PEDENDOKRINOLOGIEPRAXIS... (die letzten 3 Stellen füllt der Verein aus)

Ich ermächtige PEDiP e.V. Sitz Leipzig, Zahlungen wiederkehrend von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die vom Verein auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen. Wenn ein Mitgliedsbeitrag notwendig wird, wird als Jahresbeitrag am (10.01.) jeden Jahres fällig.

Hinweis: 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.

Kreditinstitut: _____ BIC: _____

IBAN: _____

Kontoinhaber: _____

Ort, Datum

Unterschrift des Kontoinhabers