

MITGLIEDSANTRAG

Praxisanschrift
Titel, Name, Vorname: _____
Straße, Haus-Nr.: _____
PLZ, Ort: _____
E-Mail: _____
Homepage: _____
Tel.: _____ Fax: _____
Geb. Datum: _____
Privatanschrift
Straße, Haus-Nr.: _____
PLZ; Ort: _____
E-Mail: _____
Tel.: _____ Fax: _____
Beitragsgruppe
<input type="checkbox"/> Ordentliche Mitglieder mit BVND-Mitgliedschaft 0 €/Jahr
<input type="checkbox"/> Ordentliche Mitglieder ohne BVND-Mitgliedschaft 51 €/Jahr
<input type="checkbox"/> Natürliche außerordentliche Mitglieder der BVNDakademie 30 €/Jahr
<input type="checkbox"/> Natürliche Personen als Fördermitglied der BVNDakademie 600 €/Jahr
<input type="checkbox"/> Juristische Personen als Fördermitglied der BVNDakademie 5.000 €/Jahr

**Akademie Niedergelassener
Diabetologen für Fort- und
Weiterbildung e.V.**

www.bvnd-akademie.de
www.bvnd.de

Geschäftsstelle
c/o GRÜN med info GmbH
Hainenbachstraße 25
89522 Heidenheim

Telefon: 07321 946910
Telefax: 07321 9469140
E-Mail: info@med-info-gmbh.de

Vorsitzender
Dr. Nikolaus Scheper

Stellv. Vorsitzende
Dr. Dorothea Reichert

Schatzmeister
Antje Weichard

Schriftführer
Dr. Inga-Nadine Kummer

Hiermit erkläre ich meinen Beitritt als Mitglied der BVNDakademie e.V.

Ort _____ Datum _____ Unterschrift _____

SEPA Lastschriftmandat

Titel, Name, Vorname:

Straße, Haus-Nr.:

PLZ, Ort:

Kreditinstitut:

IBAN:

DE ____ | ____ | ____ | ____ | ____ | ____

BIC: _____

**Akademie Niedergelassener
Diabetologen für Fort- und
Weiterbildung e.V.**

**www.bvnd-akademie.de
www.bvnd.de**

Geschäftsstelle
c/o GRÜN med info GmbH
Hainenbachstraße 25
89522 Heidenheim

Telefon: 07321 946910
Telefax: 07321 9469140
E-Mail: info@med-info-gmbh.de

Vorsitzender
Dr. Nikolaus Scheper

Stellv. Vorsitzende
Dr. Dorothea Reichert

Schatzmeisterin
Antje Weichard

Schriftführerin
Dr. Inga-Nadine Kummer

Gläubiger-Identifikationsnummer: DE96 ZZZ 00000 8553 33

Hiermit ermächtige ich die Akademie Niedergelassener Diabetologen für Fort- und Weiterbildung e.V. die wiederkehrenden Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von der Akademie Niedergelassener Diabetologen für Fort- und Weiterbildung e.V. auf mein Konto gezogene Lastschrift einzulösen.

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.

Ort

Datum

Unterschrift