

# **Deutscher Bundesverband für Narbentherapie e. V. (DBNT)**

## **Aufnahmeantrag Fachversorger**

Hiermit beantrage/n ich/wir die Aufnahme in die Liste der Fachversorger.

Mit der Aufnahmebestätigung werde/n ich/wir als Fachversorger gelistet und habe den Status eines Fördermitgliedes

Die Aufnahmegebühr beträgt einmalig 200 €. Die Jahresgebühr beläuft sich auf 600 €. Diese Gebühr wird jeweils zum 1. Januar bzw. mit der Aufnahmebestätigung in voller Höhe fällig.

Die anfängliche Jahresgebühr verringert sich um jeweils  $\frac{1}{4}$  pro Quartal (nach Datum der Antragstellung).

Der Vorstand entscheidet über die Aufnahme mit Mehrheitsbeschluss (siehe Satzung)

Ich/Wir erfülle/n alle nachfolgenden Voraussetzungen:

- mind. ein ordentliches Mitglied ist in der u. g. Firma tätig und für die Narbenversorgung zuständig
- Betreuung eines Schwerstbrandverletzten-Zentrums oder mind. 120 nachweisliche Narbentherapie-Versorgungen im Jahr
- Erteilung einer Einzugsermächtigung für die Jahresgebühr von 600 € und die einmalige Aufnahmegebühr von 200 €
- Anerkennung der Leitlinien, der Satzung und der Beitragsordnung des DBNT e. V

Die Kündigung ist von Seiten des Antragstellers jederzeit möglich. Die Beiträge werden nicht erstattet.

Sollte eine oder mehrere Voraussetzungen nicht mehr erfüllt werden, kann die Verlinkung gelöscht werden. Hierüber entscheidet der Vorstand mit Mehrheitsbeschluss. Der Jahresbeitrag für die Verlinkung wird bei Löschung nicht erstattet.

## Aufnahmeantrag Fachversorger

Angaben bitte in Druckschrift

Name/Firma: \_\_\_\_\_

PLZ/Ort: \_\_\_\_\_

Straße: \_\_\_\_\_

Telefon/Fax: \_\_\_\_\_

E-Mail: \_\_\_\_\_

Webseite: \_\_\_\_\_

Ansprechperson Narbentherapie: \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_

E-Mail: \_\_\_\_\_

2. Ansprechperson: \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_

E-Mail: \_\_\_\_\_

Durch die Unterschrift werden die Satzung, die Leitlinien und die geltenden Beiträge des DBNT e.V. anerkannt – ebenso, dass die Kontaktdaten (Adresse, Telefonnummer und E-Mail) im Rahmen des DBNT e.V. veröffentlicht werden können. Dazu gehört auch die Veröffentlichung des Namens und der Adresse auf der Webseite des DBNT e.V. es sei denn, es wird schriftlich Widerspruch eingelegt. Ebenso ist die Vollmacht zum Bankeinzug meiner DBNT-Beiträge Bestandteil dieses Antrags.

Der Vorstand des DBNT kann den Antrag ohne Angabe von Gründen ablehnen.

\_\_\_\_\_

Ort, Datum

\_\_\_\_\_

Unterschrift / Stempel

# **Deutscher Bundesverband für Narbentherapie e. V. (DBNT)**

## **Ermächtigung zum Einzug von Forderungen durch Lastschrift**

Hiermit ermächtige/n ich/wir den Deutschen Bundesverband für Narbentherapie e. V. (DBNT e.V.)

\_\_\_ den Jahres-Mitgliedsbeitrag von 600 €

\_\_\_ die einmalige Aufnahmegebühr von 200 €

zu Lasten des unten angegebenen Kontos bei Fälligkeit durch Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die vom DBNT e.V. auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

Wenn das Konto die erforderliche Deckung nicht aufweist, besteht für das kontoführende Kreditinstitut keine Verpflichtung zur Einlösung. Teileinlösungen werden im Lastschriftverfahren nicht vorgenommen.

Name, Vorname/Firma: \_\_\_\_\_

Anschrift: \_\_\_\_\_

Kontonummer: \_\_\_\_\_

Bankleitzahl: \_\_\_\_\_

IBAN: \_\_\_\_\_ BIC: \_\_\_\_\_

Name des Kreditinstitutes: \_\_\_\_\_

Name und Anschrift des Kontoinhabers, wenn abweichend vom Antragsteller:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Ort, Datum

\_\_\_\_\_

Unterschrift

## **Deutscher Bundesverband für Narbentherapie e. V. (DBNT)**

DBNT e.V.

c/o Innungsgeschäftsstelle der Gesundheitshandwerke

Bei Schulds Stift 3

20355 Hamburg