

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

AUFNAHMEANTRAG

Hiermit beantrage/n ich/wir die Mitgliedschaft im

Deutschen Bundesverband für Narbentherapie e. V. (DBNT e.V.)

Grundlage der Mitgliedschaft ist die Satzung des Deutschen Bundesverbandes für Narbentherapie e.V. in der jeweils gültigen Fassung (siehe Internet)

Angaben bitte in Druckschrift

Name: _____

Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

Beruf: _____

Firma: _____

PLZ/Wohnort: _____

Straße: _____

Telefon/Fax: _____

E-Mail: _____

Art der Mitgliedschaft

Ordentliches Mitglied: Außerordentliches Mitglied: Fördermitglied:

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 der DBNT-Beiträge Bestandteil des Antrags auf Mitgliedschaft.

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

Ort, Datum

Unterschrift

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

Ermächtigung zum Einzug von Forderungen durch Lastschrift

Hiermit ermächtige/n ich/wir den **Deutschen Bundesverband für Narbentherapie e. V.** widerruflich,

___ den Jahres-Mitgliedsbeitrag von 60 € (bitte ankreuzen), oder

_____ € als Fördermitglied (mind. 60 €)

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