

Verband digitale Gesundheit e.V. *Antrag auf Mitgliedschaft (Einzelperson)*

Anerkennung als gemeinnütziger Verein ist beantragt.

Hiermit beantrage ich,

Name* _____

Vorname* _____

Geburtsdatum* _____

PLZ / Wohnort* _____

Straße/Nr.* _____

E-Mail* _____

* Diese Angaben sind obligatorisch

Unternehmen _____

Position _____

Telefon fest _____

Telefon mobil _____

die Aufnahme in den Verband digitale Gesundheit e. V. (VdigG) zum nächstmöglichen Zeitpunkt.

Aufnahmegebühr einmalig **EUR 25,00**

Jahresbeitrag (Zutreffendes bitte ankreuzen):

- Reguläre Mitgliedschaft **EUR 200,00**
 Fördermitgliedschaft** EUR _____

* Bei Eintritt nach Ablauf des 30.06. eines Jahres halbiert sich der Jahresbeitrag für das erste Jahr.

** Fördermitgliedschaft kann einen erhöhten oder verminderten Beitrag bedingen, abhängig von der individuell vereinbarten Art der Unterstützung des Verbandszwecks.

- Ich habe die Satzung des Verbandes gelesen und stimme ihr zu. (Link: www.vdig.de/satzung)
 Zur Unterstützung der Transparenz stimme ich neben der Veröffentlichung meines Namens in der online einsehbaren Mitgliederliste der Veröffentlichung meiner unter E-Mail, Unternehmen, Position angegebenen Daten zu. (Unzutreffendes bitte streichen)

Ort, Datum, Unterschrift

Den ausgefüllten Antrag senden Sie bitte

– per **Post** an

Verband digitale Gesundheit e. V.
Tucholskystraße 13
10117 Berlin

– oder per **E-Mail** an vorstand@vdigg.de

Erteilung einer Einzugsermächtigung und eines SEPA-Basislastschriftmandats (Kombimandat)

Zahlungsempfänger

Verband digitale Gesundheit e. V.
Tucholskystraße 13
10117 Berlin

(1) Einzugsermächtigung

Hiermit ermächtige(n) ich/wir den o. g. Zahlungsempfänger widerruflich, die von mir/uns zu entrichtenden Mitgliedschaftsbeiträge im Verband digitale Gesundheit e. V. bei Fälligkeit zu Lasten des u. g. Kontos einzuziehen.

(2) SEPA-Basislastschriftmandat

Hiermit ermächtige(n) ich/wir den o. g. Zahlungsempfänger widerruflich (Zutreffendes bitte ankreuzen),

- einmalig
- wiederkehrend

Zahlungen von meinem/unserem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von o. g. Zahlungsempfänger auf mein Konto gezogene(n) Lastschrift(en) einzulösen.

Hinweis: Ich bin (wir sind) berechtigt, von meinem kontoführenden Kreditinstitut eine Rückerstattung des eingezogenen Betrages innerhalb von 8 Wochen, beginnend mit dem Tag, an dem mein/unsere Konto belastet wurde, zu verlangen. Es gelten dabei die mit meinem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

Daten des Zahlungspflichtigen und Unterschrift (bitte in Blockschrift ausfüllen)

Name / Firma _____

Adresse _____

IBAN _____

BIC _____

Kreditinstitut _____

Ort, Datum _____

Rechtsverbindliche
Unterschrift / Stempel _____