

Verband digitale Gesundheit e.V.

Antrag auf Mitgliedschaft

Anerkennung als gemeinnütziger Verein ist beantragt.

Hiermit beantragt

Organisation* _____ Rechtsform* _____

PLZ/Ort* _____ Straße/Nr.* _____

Telefon _____ Fax _____

vertreten durch

Name* _____ Vorname* _____

Position* _____ Telefon* _____

E-Mail* _____ Telefon mobil _____

* Diese Angaben sind obligatorisch

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

Aufnahmegebühr einmalig **EUR 250,00 (reguläre) bzw. EUR 25,00 (Start-up-/Kleinunternehmer-Mitgliedschaft)**

Jahresbeitrag (Zutreffendes bitte ankreuzen):

- | | | |
|-----------------------|--|---------------------|
| <input type="radio"/> | Reguläre Mitgliedschaft | EUR 1.380,00 |
| <input type="radio"/> | Kleinunternehmer-Mitgliedschaft** | EUR 450,00 |
| <input type="radio"/> | Universität/Initiative/Verband/Verein*** | EUR 450,00 |
| <input type="radio"/> | Start-up-Mitgliedschaft** | EUR 200,00 |
| <input type="radio"/> | Fördermitgliedschaft**** | EUR _____ |

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

** Über den Status eines Start-ups oder eines Kleinunternehmens entscheidet der Vorstand.

*** Bei der Anmeldung benötigen wir einen Vereinsregisterauszug, aus dem die Vertretungsbefugnis ersichtlich ist. Der Antrag muss von allen Vertretungsberechtigten unterschrieben werden.

**** 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. (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 des Vertreters meiner Organisation 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 office@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/unser 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 _____