



Gesundheit. Gemeinsam. Gestalten.

Mitgliedsantrag für Einzelpersonen

Name, Vorname	_____
Geburtsdatum	_____
Straße, Hausnummer	_____
PLZ, Ort	_____
E-Mail	_____
Telefon	_____

Angaben zu Ausbildung und Beruf

Studiengang	_____
Hochschule	_____
Akt. berufliche Tätigkeit	_____

Ich möchte Mitglied im Berufsverband Gesundheitsförderung werden und

- wähle den Standardbeitrag von 60 Euro/Jahr (entspricht 5 Euro im Monat)
- wähle den ermäßigten Beitrag von 40 Euro/Jahr (entspricht 3,33 Euro im Monat)*
- möchte den Berufsverband besonders unterstützen und zahle einen Förderbeitrag vonEuro (mind. 70 Euro).

*Falls Sie den ermäßigten Beitrag beantragen, geben Sie bitte den Grund an und fügen Sie den erforderlichen Nachweis bei:

- Studium
- FSJ/FÖJ/BUFDI
- Arbeitslosigkeit

Ich zahle:

- bequem per SEPA-Lastschrift (Mandat Seite 2 ausfüllen)
- per Überweisung nach Erhalt der Rechnung

Die Abbuchung des Beitrages erfolgt zwei Wochen nach Eingang Ihres Mitgliedsantrag es und sonst jährlich zum 31. März. Im ersten Jahr der Mitgliedschaft sind die Beiträge halbjährlich gestaffelt, d.h. bei Eintritt ab dem 1. Juli wird nur der halbe Jahresbeitrag berechnet.

- Ja, ich möchte per E-Mail den Newsletter des Berufsverbandes erhalten.**
- Ja, ich möchte vom BV aktuelle weiterführende Informationen erhalten.**
(z.B. über Veranstaltungen, Stellen und Praktika)

Wie sind Sie auf den Berufsverband Gesundheitsförderung aufmerksam geworden?

Mit meiner Unterschrift bestätige ich den Antrag auf Mitgliedschaft und erkenne die Satzung des Berufsverbandes Gesundheitsförderung an.

Ort, Datum

Unterschrift

Bitte senden Sie den vollständig ausgefüllten Antrag und das SEPA-Lastschriftmandat an die oben genannte Adresse. Ihre Daten werden selbstverständlich vertraulich behandelt und ausschließlich für vereinsinterne Zwecke genutzt.



Zahlungsempfänger

Berufsverband Gesundheitsförderung
im Forschungs- und Entwicklungszentrum (FEZ)
Breitscheidstraße 51
39114 Magdeburg

SEPA-Lastschriftmandat

Ich ermächtige den Berufsverband Gesundheitsförderung, Zahlungen von meinem Konto mittels SEPA-Lastschrift einzuziehen (Gläubiger-Identifikationsnummer: DE58ZZZ00000972999). Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die vom Berufsverband Gesundheitsförderung auf mein Konto gezogenen Lastschriften 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.

Kontoinhaber (Name, Vorname)	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Straße, Hausnummer	<input type="text"/>	<input type="text"/>
PLZ, Ort	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Kreditinstitut	<input type="text"/>	
IBAN	<input type="text"/>	
BIC	<input type="text"/>	

Ort, Datum

Unterschrift
