

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 BVGF besonders unterstützen und zahle einen Förderbeitrag von _____ Euro (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 erste Rechnung erhalten Sie eine Woche nach Bearbeitung Ihres Mitgliedsantrags. Danach erfolgt die Abbuchung per Lastschrift bzw. Rechnungsstellung jährlich Mitte April. Im ersten Mitgliedsjahr wird der Beitrag bei Eintritt ab dem 1. Juli halbiert.

- Ich möchte vom BVGF aktuelle weiterführende Informationen erhalten (z.B. über Veranstaltungen, Stellen und Praktika).
 Ich könnte mir vorstellen, mich jetzt oder zu einem späteren Zeitpunkt ehrenamtlich im BVGF e. V. zu engagieren, beispielsweise für diese Themen/Aufgaben: _____.

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. Ich bin damit einverstanden, dass die von mir angegebenen Daten zum Zweck der Mitgliederverwaltung und -betreuung elektronisch gespeichert, verarbeitet und genutzt werden.

Ort, Datum

Unterschrift

Zahlungsempfänger

Berufsverband Gesundheitsförderung
Hochschule Magdeburg-Stendal
Fachbereich Soziale Arbeit, Gesundheit und Medien
Breitscheidstraße 2
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) _____

Straße, Hausnummer _____

PLZ, Ort _____

Kreditinstitut _____

IBAN _____

BIC _____

Ort, Datum

Unterschrift