

Mitgliedsantrag für Organisationen



Name der Organisation _____
Ansprechpartner und Funktion _____
Adresse _____
E-Mail _____
Web _____
Telefon _____

Kurze Begründung für das Interesse an der Mitgliedschaft

Anzahl der Mitglieder der Organisation

- bis 10 Mitglieder – 150 Euro Jahresbeitrag
 bis 100 Mitglieder – 300 Euro Jahresbeitrag
 ab 100 Mitglieder – 450 Euro Jahresbeitrag

Zahlung

- 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 zur Überweisung. Danach erfolgt die Abbuchung per Lastschrift bzw. Rechnungsstellung jährlich Mitte April.

- 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