Beitrittserklärung Einrichtung

Berufsverband Deutscher Humangenetiker (BVDH) e.V.

Geschäftsstelle
Linienstraße 127
10115 Berlin

Tel. +49-(0)30-55 95 44 11
Fax +49-(0)30-55 95 44 14

info@bvdh.de
www.bvdh.de

Ich/wir beantrage/n hiermit die Aufnahme in den Berufsverband Deutscher Humangenetiker e.V. als außerordentliches Mitglied zum Eintrittsdatum

Name und Adresse der Einrichtung

.....

Name der Einrichtung

.....

Straße der Einrichtung PLZ Ort

Kontaktdaten:

Zentrale E-Mailadresse*:

Internet:

Tel.:

*für den Versand von Newsletter, Rundschreiben und Meldungen sowie Rechnungen, für den Fall, dass Sie sich gegen das SEPA-Lastschriftmandat entscheiden

Beitragssatz

Der Beitragssatz setzt sich zusammen aus:

- 200,- ***Grundbetrag*** außerordentliche Mitgliedschaft der Einrichtung
- 200,- Einrichtungsbezogener Mitgliedsbeitrag ***pro beruflich aktive Person*** (ÄrztInnen und NaturwissenschaftlerInnen inkl. der ÄrztInnen und NaturwissenschaftlerInnen in Weiterbildung)

Die Rechnungen für die Mitgliedschaft erhalten die Einrichtungen rückwirkend für das Vorjahr.

Anzahl aller in der Einrichtung beruflich aktiven ÄrztInnen und NaturwissenschaftlerInnen inkl. der ÄrztInnen und NaturwissenschaftlerInnen in Weiterbildung:

_____ Personen

Von dieser Anzahl werden vom BVDH diejenigen beruflich aktiven Personen der Einrichtung in Abzug gebracht, die ordentliche BVDH-Mitglieder sind.

Nennung aller beruflich aktiven Personen

Nennung der beruflich aktiven ÄrztInnen und NaturwissenschaftlerInnen inkl. der ÄrztInnen und NaturwissenschaftlerInnen in Weiterbildung der Einrichtung: (Diese Informationen benötigen wir, um den kostenlosen individualisierten Zugang zur neuen HGQN-Variantendatenbank einzurichten sowie den Beitragssatz berechnen zu können.)

*Hinweis: Gerne kann der Beitrittsantrag im PDF-Format an geschaeftsstelle@bvdh.de gesendet werden. Die Auflistung der Mitarbeitenden kann abseits dieses Formulars anhand einer **Exceltabelle** erfolgen.*

Name und Vorname*:

E-Mail*:

Mitglied im BVDH: ja / nein

#

Name und Vorname*:

E-Mail*:

Mitglied im BVDH: ja / nein

Name und Vorname*:

E-Mail*:

Mitglied im BVDH: ja / nein

Name und Vorname*:

E-Mail*:

Mitglied im BVDH: ja / nein

Name und Vorname*:

E-Mail*:

Mitglied im BVDH: ja / nein

Name und Vorname*:

E-Mail*:

Mitglied im BVDH: ja / nein

Name und Vorname*:

E-Mail*:

Mitglied im BVDH: ja / nein

Name und Vorname*:

E-Mail*:

Mitglied im BVDH: ja / nein

Name und Vorname*:

E-Mail*:

Mitglied im BVDH: ja / nein

Name und Vorname*:

E-Mail*:

Mitglied im BVDH: ja / nein

Mitteilung zu Änderungen

Beitragsrelevante Informationen, insbesondere die Anzahl der beruflich aktiven Personen, beruhen auf einer Selbsteinschätzung der Einrichtung und sind der Geschäftsstelle des Verbandes bis zum 31.12. eines jeden Jahres mitzuteilen.

Zahlungsarten

Bitte ankreuzen.

☐ SEPA-Lastschriftmandat

BVDH e.V., Linienstraße 127, 10115 Berlin
Gläubiger-ID DE41ZZZ00000361817
Mandatsreferenz 160 559 BV 8

Ich/wir ermächtigen den BVDH e.V., den Jahresbeitrag von folgendem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weisen wir unser Kreditinstitut an, die vom BVDH auf unser Konto gezogenen Lastschriften einzulösen. Wir können innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Es gelten dabei die mit dem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

.....

Name & Anschrift des Kontoinhabers/der Kontoinhaberin

....

Konto-Nummer Bankleitzahl

.....

Kreditinstitut (Name und BIC)

IBAN: DE .....

BIC: .....

.....

Unterschrift (für Lastschriftmandat)

☐ Rechnung

Ihre Einrichtung erhält eine jährliche Rechnung mit der Möglichkeit, den Betrag zu überweisen.

Wir sind mit der Veröffentlichung der Kontaktdaten der Einrichtung (E-Mail/Adresse und Internet) im BVDH-Intranet einverstanden. Dieses Einverständnis können wir jederzeit gegenüber dem BVDH widerrufen.
Wir sind damit einverstanden, dass der BVDH personengebundene Daten für die Erfüllung seiner Verbandsaufgaben erfasst, speichert und verarbeitet. Wir sind außerdem damit einverstanden, dass der BVDH uns Informationen elektronisch, postalisch, per Fax oder telefonisch zukommen lässt. Diese Einwilligung kann jederzeit widerrufen werden.

Ort / Datum	Unterschrift