

Mitgliedsantrag

Kardionetzwerk e.V., Pariser Platz 6, 10117 Berlin

Hiermit stelle/n ich/wir den Antrag auf Mitgliedschaft in dem Verein Kardionetzwerk e.V., Pariser Platz 6, 10117 Berlin.

Name, Vorname / Firmenname	
Geburtsdatum	
Straße	
PLZ/Wohnort	
Telefon	
E-Mail	

Jahresbeiträge (zutreffendes bitte ankreuzen):

<input type="checkbox"/>	Patient	50,00 Euro pro Jahr
<input type="checkbox"/>	Patientenvereinigung	50,00 Euro pro Jahr
<input type="checkbox"/>	Natürliche Person	500,00 Euro pro Jahr
<input type="checkbox"/>	Fördermitglied	ab 1.000,00 Euro pro Jahr
<input type="checkbox"/>	Praxisgemeinschaft	1.000,00 Euro pro Jahr
<input type="checkbox"/>	Berufsausübungsgemeinschaft/ Gemeinschaftspraxis	1.000,00 Euro pro Jahr
<input type="checkbox"/>	Medizinisches Versorgungszentrum	1.000,00 Euro pro Jahr
<input type="checkbox"/>	Partnerschaftsgesellschaft	1.000,00 Euro pro Jahr
<input type="checkbox"/>	Juristische Person bis zu einem Umsatz von 10 Mio. Euro	1.000,00 Euro pro Jahr
<input type="checkbox"/>	Juristische Person mit einem Umsatz über 10 Mio./Jahr	2.500,00 Euro pro Jahr
<input type="checkbox"/>	Juristische Person mit einem Umsatz über 100 Mio./Jahr	5.000,00 Euro pro Jahr

Mir ist bekannt, dass der Mitgliedsbeitrag und die Aufnahmegebühr umgehend nach Zusendung der Aufnahmebestätigung fällig wird und auf das mit der Rechnung mitgeteilte Konto des Kardionetzwerk e.V. zu überweisen ist oder mittels des SEPA-Lastschriftmandats eingezogen wird.

Ort, Datum

Unterschrift / Firmenstempel

Einwilligung zur Datenverarbeitung und -nutzung

Ich/Wir bin/sind damit einverstanden, dass Kardionetzwerk e.V. meine/unsere Angaben zur Person/Firma erhebt, speichert, nutzt und den Mitgliedern zur Verfügung stellt. Die Daten werden ausschließlich intern im Rahmen des Vereinsverhältnisses (einschließlich in einem allen Vereinsmitgliedern zur Verfügung stehenden Mitgliederverzeichnis) verwendet. Diese Einwilligungserklärung ist freiwillig und kann jederzeit widerrufen werden.

Ort, Datum

Unterschrift / Firmenstempel

SEPA-Lastschriftmandat

Ich/Wir ermächtige/n Kardionetzwerk e.V. zur Einziehung des Mitgliedsbeitrages.

Kontoinhaber	
Kreditinstitut	
BIC	
IBAN	

Ort, Datum

Unterschrift / Firmenstempel