

Aufnahmeantrag an den BVND-SA e.V. mit Einzugsermächtigung für den Mitgliedsbeitrag

- Als **ordentliches Mitglied** des BVND (600 €/Jahr)
- Als **ordentliches Mitglied (angestellter Arzt/Ärztin)**
(300 €/Jahr / 150 € im 1. Jahr)
- Als **assoziiertes Mitglied** ohne Stimmrecht (50 €/Jahr)
- Als **passives Mitglied** (20 €/Jahr)

Praxisanschrift	X
Titel, Vorname, Nachname	X
Praxisbezeichnung	X
Straße, Hausnummer	X
PLZ, Ort	X
E-Mail	X
Homepage Praxis	X
Telefon Praxis	X
Telefax Praxis	X
Telefon Mobil	X
Telefon privat (freiwillig)	X
Geburtstag (freiwillig)	X

Mit meinem Aufnahmeantrag habe ich die Satzung und die Datenschutzerklärung in der zum Tag des Beitrittsantrages gültigen Fassung erhalten und zur Kenntnis genommen.

Weiterhin ermächtige ich den Berufsverband der Niedergelassenen Diabetologen Sachsen-Anhalt e.V. zum Lastschrifteinzug meiner Mitgliedsbeiträge.

Zum Stand 01.01.2021 werden folgende Beiträge erhoben:

Ordentliche Mitglieder:	In eigener Praxis niedergelassene, diabetologisch tätige Ärzte:	600,- € pro Jahr
Ordentliche Mitglieder:	Angestellte, diabetologisch tätige Ärzte in einer Einzelpraxis, einer Berufsausübungsgemeinschaft oder einem Medizinischen Versorgungszentrum in ärztlicher Hand: Voraussetzung ist, dass mindestens die Mitgliedschaft eines ordentlichen Mitgliedes zum vollen Beitragssatz besteht. Im 1. Jahr der Mitgliedschaft beträgt der Beitrag für angestellte Ärzte 150,- €.	300,- € pro Jahr
Assoziierte Mitglieder: (ohne Stimmrecht)	Angestellte, diabetologisch tätige Ärzte in einer Einzelpraxis, einer Berufsausübungsgemeinschaft oder einem Medizinischen Versorgungszentrum in ärztlicher Hand: Voraussetzung ist, dass mindestens die Mitgliedschaft eines ordentlichen Mitgliedes zum vollen Beitragssatz besteht.	50,- € pro Jahr
Assoziierte Mitglieder:	Ärzte in Weiterbildung	50,- € pro Jahr
Passive Mitglieder:	Nicht mehr beruflich tätige Mitglieder	20,- € pro Jahr

SEPA-Lastschriftmandat	Berufsverband der Niedergelassenen Diabetologen e.V. 39104 Magdeburg, Universitätsplatz 10
Gläubiger-Identifikations-Nr.	DE 57 ZZZ 0000 2422 585
Titel, Vorname, Nachname	X
Straße, Hausnummer	X
PLZ, Ort	X
Kreditinstitut	X
IBAN	X
BIC	X

Mandatsreferenz (wird vom Verein eingetragen): _____

Ich ermächtige den Berufsverband der Niedergelassenen Diabetologen Sachsen-Anhalt e.V., Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die vom Berufsverband der Niedergelassenen Diabetologen Sachsen-Anhalt e.V. 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.

X

Ort, Datum

X

Unterschrift