

Mitgliedsantrag

Ich möchte dem Berufsverband der AngiologInnen beitreten

weiblich männlich divers

Vorname

Name

akademischer Grad

Geburtsdatum

Beitragsklasse

- Niedergelassene/r AngiologIn - voller Beitrag
 angestellte/r AngiologIn mit Leitungsfunktion - voller Beitrag
 Angestellte/r AngiologIn ohne Leitungsfunktion - ermäßigter Beitrag
 ÄrztIn in Weiterbildung zur AngiologIn - ermäßigter Beitrag
 Erwerbslose AngiologIn - betragfrei

Die Höhe der Beitragssätze regelt die von der Mitgliederversammlung festgelegte Beitragsordnung. Der Mitgliedsbeitrag für ordentliche Mitglieder beträgt aktuell 400,-€/Jahr (ermäßigt 200,-€/Jahr). Ordentliches Mitglied kann jede/r in der Bundesrepublik Deutschland approbierte/r ÄrztIn werden die/der die Schwerpunktbezeichnung FachärztIn für Angiologie und/oder Innere Medizin und Angiologie führt oder von der KV der Fachgruppe Angiologie zugeordnet wird.

Praxis-/Dienstanschrift

Praxis/ Klinik und Abteilung	<input type="text"/>	
Straße Hausnummer	<input type="text"/>	
PLZ, Ort	<input type="text"/>	
E-Mail	<input type="text"/>	
Homepage	<input type="text"/>	
Bundesland	<input type="text"/>	
Telefon	Handy	Fax
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Kontaktdaten – Angabe nur, falls abweichend von der Praxis-/Dienstanschrift

Straße, Hausnummer	<input type="text"/>	
PLZ, Ort	<input type="text"/>	
E-Mail	<input type="text"/>	
Telefon	Handy	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	

Beitragszahlung

RECHNUNG (Jahresbeitrag wird nach Erhalt der Rechnung überwiesen)
oder

SEPA LASTSCHRIFTMANDAT

SEPA Lastschriftmandat	
Mandatsreferenz: Ihre Mandatsreferenz wird Ihnen im Laufe des Lastschriftlaufs übermittelt	
Kreditinstitut	<input type="text"/>
IBAN	DE <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
BIC	<input type="text"/> <input type="text"/> (8- oder 11 - stellig)
Gläubiger-Identifikationsnummer: DE72ZZZ00002327061	
Hiermit ermächtige ich den Berufsverband der AngiologInnen Deutschlands e.V. widerruflich, Beiträge von meinem Konto mittels Lastschrift bei Fälligkeit einzuziehen. Zugleich weise ich unser Kreditinstitut an, die von dem Berufsverband der AngiologInnen Deutschlands e.V. auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen. Dieses SEPA-Lastschriftmandat gilt auch für zurückliegende Beitragszeiträume.	
Hinweis: Innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, kann eine Erstattung des belasteten Betrages verlangt werden. Es gelten dabei die mit dem jeweiligen Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.	
Ort, Datum	Unterschrift Lastschriftmandat

Einwilligung zur Speicherung und Verwendung Ihrer Daten nach DSGVO. Ihre personenbezogenen Daten werden gemäß der Europäischen Datenschutzgrundverordnung (EU-DSGVO) und dem Bundesdatenschutzgesetz (BDSG) für die Begründung und Verwaltung Ihrer Mitgliedschaft erhoben und verarbeitet. Nähere Informationen hierzu finden Sie unter www.BVAD.de

Ort, Datum

Unterschrift Mitgliedsantrag und Einwilligung für die Speicherung und Verwendung der Daten nach DSGVO

ja, ich möchte Mitgliederrundschreiben per E-Mail erhalten

ja, ich bin bereit für den BVAD an Länder-KV - Sitzungen teilzunehmen und entsprechend zu informieren

Bitte senden sie den unterschriebenen Mitgliedsantrag an:

Info@BerufsverbandAngiologie.de

oder

per Post an die o.g. Geschäftsstelle