

Beitrittserklärung

Name, Vorname

Postleitzahl Ort

Strasse

Hausnummer

Geburtsdatum

Telefonnummern:

privat Festnetz

privat mobil

dienstlich

Email-Adresse

Hiermit beantrage ich ab dem die Aufnahme in den Bundesverband der Study Nurses/Studienassistenten in der Klinischen Forschung e.V. mit Sitz in Dortmund und zwar als (bitte ankreuzen).

(bei Eintritt ab dem 01.07. eines Jahres wird für das Eintrittsjahr die Hälfte des jeweiligen Jahresbeitrages in Rechnung gestellt)

Beitragsklasse	Mitgliedsform	Beitragshöhe/Jahr	Aufnahmegebühr	
01	Erwachsene(r) > 18 Jahre	50,00 €	einmalig 10,00 €	<input type="checkbox"/>
02	Auszubildende(r), Studenten°	25,00 €	einmalig 10,00 €	<input type="checkbox"/>
03	Arbeitslose(r)°	12,00 €	einmalig 10,00 €	<input type="checkbox"/>
04	Fördermitglied	mindestens 100,00 €	einmalig 10,00 €	<input type="checkbox"/>
05	Schwerbehinderte ab Grad 50 Mitglieder ab vollend. 64. Lj. Frührentner ab 55 Jahre	40,00 €	einmalig 10,00 €	<input type="checkbox"/>

° Bei Aufnahme in die Beitragsklassen 02, 03 oder 05 sind entsprechende Belege beizufügen.

Das SEPA-Lastschriftverfahren ist kostenfrei. (Anmeldung Seite 2)

Für Überweisung nach Rechnung ist zusätzlich eine Bearbeitungsgebühr von 2,50€ zu entrichten.

Ich nehme nicht teil am SEPA-Lastschriftverfahren, sondern möchte per gebührenpflichtiger Rechnung bezahlen |

Mit der EDV-mäßigen Erfassung und Verarbeitung meiner Daten erkläre ich mich einverstanden.
SEPA-Basis-Lastschrift-Mandat

BUVEBA e.V., Tannenkamp 20, 44359 Dortmund

Gläubiger-Identifikationsnummer: DE21ZZZ00000191069

Mandatsreferenz (Mitgliedsnummer): Wird auf dem Abbuchungsbeleg mitgeteilt

Ich ermächtige den Bundesverband der Study Nurses / Studienassistenten in der Klinischen Forschung e. V. einmalig die Aufnahmegebühr und die wiederkehrenden jährlichen Mitgliedsbeiträge von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die vom Bundesverband der Study Nurses / Studienassistenten in der Klinischen Forschung e. V. auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

Hinweis:

Dieses Lastschriftmandat dient nur dem Einzug von Lastschriften, die auf Konten des Bundesverbandes der Study Nurses / Studienassistenten in der Klinischen Forschung e. V. gezogen sind. Ich bin berechtigt, innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrages zu verlangen. Es gelten dabei die mit meinem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

Name des Kontoinhabers**:

Wohnanschrift:

PLZ und Ort:

Name des Kreditinstitutes:

BIC des Kreditinstitutes:

IBAN:

Datum der Ausstellung

Dieses SEPA Lastschriftmandat wurde elektronisch erstellt und ist ohne Unterschrift gültig.

** Sollten Sie nicht der Kontoinhaber sein, bitten wir Sie, sich mit unserer Mitgliederbetreuung@buveba.de in Verbindung zu setzen. Sie wird Ihnen ein gesondertes SEPA-Lastschriften-Mandat zukommen lassen.