

Bundesverband der Study Nurses/Studienassistenten
in der Klinischen Forschung e.V.

z.H. **Elke Hohmann**, Sekretariat

Rentmeistersfeld 16

42399 Wuppertal

Beitrittserklärung

| | | | | | | | | |
|---------------------------|--|--|--|--|--|---|---|--|
| Name , Vorname | | | | | | | | |
| PLZ, Ort | | | | | | | | |
| Strasse, Hausnr. | | | | | | | | |
| Geburtsdatum | | | | | | 1 | 9 | |
| Telefon privat | | | | | | | | |
| Telefon dienstlich | | | | | | | | |
| Mobil | | | | | | | | |
| Fax | | | | | | | | |
| E-Mail | | | | | | | | |

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 € | |
| 02 | Auszubildende(r), Studenten° | 25,00 € | einmalig 10,00 € | |
| 03 | Arbeitslose(r)° | 12,00 € | einmalig 10,00 € | |
| 04 | Fördermitglied | mindestens 100,00 € | einmalig 10,00 € | |
| 05 | Schwerbehinderte ab Grad 50 Mitglieder ab vollend. 64. Lj, Frührentner ab 55 Jahre | 40,00 € | Einmalig 10,00 € | |

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

Für Überweisung nach Rechnung ist zusätzlich eine Bearbeitungsgebühr von 2,50€ zu entrichten. Das SEPA-Lastschriftverfahren ist kostenfrei.



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

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 meinem Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

Hinweis: Dieses Lastschriftmandat dient nur dem Einzug von Lastschriften, die auf Konten vom Bundesverband der Study Nurses / Studienassistenten in der Klinischen Forschung e. V. gezogen sind. Ich bin nicht berechtigt, nach der erfolgten Einlösung eine Erstattung des belasteten Betrages zu verlangen. Ich bin berechtigt, mein Kreditinstitut bis zum Fälligkeitstag anzuweisen, Lastschriften nicht einzulösen.

Name des Kontoinhabers**:

Wohnanschrift:

PLZ und Ort:

Name des Kreditinstitutes:

BIC des Kreditinstitutes: _____ / ____

IBAN: DE__ / ____ / ____ / ____ / ____ / ____

Ort, Datum

Unterschrift des Kontoinhabers

** 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.