

## Beitrittserklärung / SEPA-Lastschriftmandat

Name, Vorname

Strasse, Hausnr.

PLZ, Ort

Geburtsdatum

Telefonnummern:

privat

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).

| 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<br>Mitglieder ab vollend. 64. Lj.<br>Frührentner ab 55 Jahre | 40,00 €             | einmalig 10,00 € | <input type="checkbox"/> |

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

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

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

**Datenschutzhinweis:** Vorliegende Daten werden nur im Rahmen der Erforderlichkeit von Abrechnung und Betreuung Ihrer Mitgliedschaft von BUVEBA e.V. erfasst bzw. verarbeitet.

Mit meiner Unterschrift erkenne ich die Satzung des Vereins BUVEBA e.V. an.

---

 Ort, Datum

 BUNDESVERBAND DER STUDY NURSES / STUDIENASSISTENTEN  
 IN DER KLINISCHEN FORSCHUNG E.V.

[www.buveba.de](http://www.buveba.de)

BEITRITTSERKLÄRUNG V5.1, 14.11.2021

---

 Unterschrift

 MAIL: [VORSTAND@BUVEBA.DE](mailto:VORSTAND@BUVEBA.DE)

Tel: 01522 6763 604 (GESCHÄFTSSTELLE)

STEUER-NR.: 314/5704/6173 FINANZAMT

DORTMUND-WEST

## Beitrittserklärung / SEPA-Lastschriftmandat

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

Ort, Datum

Unterschrift

### SEPA-Basis-Lastschrift-Mandat

BUVEBA e.V., Jarre-Str. 23, 22303 Hamburg

**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\*\*:

Strasse, Hausnr:

PLZ, Ort:

Name des Kreditinstitutes:

BIC des Kreditinstitutes:

IBAN:

Datum der Ausstellung

Ort, Datum

Unterschrift

\*\* Sollten Sie nicht die/der Kontoinhaber:in sein, bitten wir Sie, sich mit uns per E-Mail an [vorstand@buveba.de](mailto:vorstand@buveba.de) in Verbindung zu setzen. Wir werden Ihnen ein gesondertes SEPA-Lastschriftmandat zukommen lassen.