

Antrag und Lastschriftmandat bitte senden an:
DiV-BVP e.V.
Geleitsstraße 14, 60599 Frankfurt am Main
Fax: 069 1302 5562 81
info@wuerdezentrum.de



MITGLIEDSANTRAG

Deutschsprachige interprofessionelle Vereinigung - Behandlung im Voraus Planen (DiV-BVP) e.V.

Hiermit stelle ich den Antrag zur Aufnahme in die DiV-BVP e.V., Sitz in Frankfurt am Main, als:

- ordentliches Mitglied mit akademischem Abschluss (Jahresbeitrag: 90,- €)
 ordentliches Mitglied ohne akademischem Abschluss (Jahresbeitrag: 50,- €)
 Fördermitgliedschaft Jahresbeitrag ab 250,- €
 Schüler, Student, Azubi, Arbeitsloser, Rentner (beitragsfrei: Nachweis anbei)

Grundlage der Mitgliedschaft ist die Vereinspräambel vom 20. Februar 2017, die ich hiermit anerkenne.

Ich bin damit einverstanden, dass mein Name und Wohnort sowie meine aktuell ausgeübte Tätigkeit (s.u.) auf einer Mitgliederliste im passwortgeschützten Mitgliederbereich der DiV-BVP-Website erscheint: ja / nein

Ich gebe mit meiner Unterschrift mein Einverständnis, dass Einladungen und Veranstaltungsunterlagen per E-Mail statt per Post versendet werden.

Name: _____ Vorname: _____

Dienstadresse: _____

Institution: _____

Straße: _____ PLZ: _____ Ort: _____ Land: _____

E-Mail: _____ Telefon: _____

Geschlecht: Geburtsdatum: ____ . ____ . ____ Beruf: _____

Aktuell ausgeübte Tätigkeit: _____

Berührungspunkte bzw. Arbeitsschwerpunkte in Bezug auf BVP:

Ort, Datum

Unterschrift:

DiV-BVP e.V.

Geleitsstraße 14, 60599 Frankfurt a.M. | Tel.: +49 69 1302 5562-80 | Fax: -81 | info@wuerdezentrum.de

GESCHÄFTSFÜHRENDE R VORSTAND

Prof. Dr. F. Nauck | Prof. Dr. J. in der Schmitt en | Prof. Dr. G. Marckmann | Monika Obrist

KONTO GLS Bank **IBAN:** DE35 4306 0967 6051 0344 00 BIC: GENODEM1GLS

Antrag und Lastschriftmandat bitte senden an:

DiV-BVP e.V.

Geleitsstraße 14, 60599 Frankfurt am Main

Fax: 069 1302 5562 81

info@wuerdezentrum.de



Deutschsprachige interprofessionelle Vereinigung
Behandlung im Voraus Planen
Advance Care Planning

Erteilung eines SEPA-Lastschriftmandats

Die Entrichtung des Mitgliedsbeitrages erfolgt ausschließlich durch Bankeinzug, der erstmals nach dem Vereinsbeitritt und ab dem Folgejahr regelmäßig am 15.04. eines jeden Jahres erfolgt. Zahlungsempfänger: DiV-BVP e.V., Geleitsstraße 14, 60599 Frankfurt am Main.

Gläubiger-Identifikationsnummer: DE78ZZZ00002119373

Mandatsreferenz: (Mitgliedsnummer des neuen Vereinsmitglieds)

Ich ermächtige die DiV-BVP e.V., Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die vom DiV-BVP 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.

Name des Kontoinhabers:

Privatanschrift (Straße, Hausnummer, PLZ, Ort):

IBAN: _____ BIC: _____

Kreditinstitut: _____

_____, den ____ . ____ . 20____
Ort, Datum

Unterschrift

DiV-BVP e.V.

Geleitsstraße 14, 60599 Frankfurt a.M. | Tel.: +49 69 1302 5562-80 | Fax: -81 | info@wuerdezentrum.de

GESCHÄFTSFÜHRENDER VORSTAND

Prof. Dr. F. Nauck | Prof. Dr. J. in der Schmittgen | Prof. Dr. G. Marckmann | Monika Obrist

KONTO GLS Bank **IBAN:** DE35 4306 0967 6051 0344 00 **BIC:** GENODEM1GLS