

Antrag und Lastschriftmandat senden an:

DiV-BVP e.V. | Geschäftsstelle

per Post:

Geleitsstraße 14 | 60599 Frankfurt a. M.

oder per Fax: 069 1302 5562 81

oder per Mail: info@div-bvp.de



Deutsche interprofessionelle Vereinigung
Behandlung im Voraus Planen
Advance Care Planning

MITGLIEDSANTRAG (Stand: 01/2020)
Deutsche 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,- €)
- Fördermitglied (Jahresbeitrag ab 250,- €)
- Schüler, Student, Azubi, Arbeitsloser oder Rentner (beitragsfrei; Nachweis anbei)

Grundlage der Mitgliedschaft ist die Vereinssatzung, die ich hiermit anerkenne (vgl. [Satzung](#)).

Ich bin damit einverstanden, dass mein Name und Wohnort sowie meine unten angegebene Tätigkeit auf einer Mitgliederliste im passwortgeschützten Mitgliederbereich der DiV-BVP-Website erscheint (*bitte streichen wenn nicht zutreffend*).

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

Name: _____ Vorname: _____ Geschlecht: _____

Dienstadresse: _____

Institution _____

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

E-Mail: _____ Telefon: _____

Optionale Angaben:

Geburtsdatum: ____ . ____ . ____ tätig als: _____

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

Unterschrift

Antrag und Lastschriftmandat senden an:

DiV-BVP e.V. | Geschäftsstelle

per Post:

Geleitsstraße 14 | 60599 Frankfurt a. M.

oder per Fax: 069 1302 5562 81

oder per Mail: info@div-bvp.de



Erteilung eines SEPA-Lastschriftmandats

Die Entrichtung des Mitgliedsbeitrages erfolgt **ausschließlich** durch Bankeinzug, der erstmals direkt nach dem Vereinsbeitritt und ab dem Folgejahr regelmäßig am 15.04. eines jeden Jahres erfolgt (Beitragshöhe siehe Mitgliedsantrag).

Zahlungsempfänger: DiV-BVP e.V., Geleitsstraße 14, 60599 Frankfurt am Main.

Ich ermächtige die DiV-BVP e.V., den Mitgliedsbeitrag 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. Das Lastschrift-Mandat kann jederzeit widerrufen werden.

Name des Kontoinhabers:

Privatanschrift (Straße, Hausnummer, PLZ, Ort):

IBAN: _____

BIC: _____ Kreditinstitut: _____

_____, den ____ . ____ . 20__

Ort, Datum

Unterschrift

Zur Information des neuen Mitglieds

Die Lastschrift der DiV-BVP wird folgende Angaben enthalten:

Gläubiger-Identifikationsnummer: DE 78ZZ Z000 0211 9373

Mandatsreferenz: [Mitgliedsnummer des Vereinsmitglieds]