

Aufnahmeantrag

Ich beantrage für mich

Name: Vorname:

Straße: PLZ/Ort

Geb. Datum: Telefon:

e-mail Adresse:

(Namensänderungen und Wohnsitzwechsel sind dem Schriftführer mitzuteilen.)

den Beitritt zum

**Wundnetz Berlin-Brandenburg e.V. C/O
Praxis Dr. med. F.-J. Peter Landsberger
Allee 49, 10249 Berlin**

Kurzbeschreibung der gegenwärtig ausgeübten Tätigkeit:

Erwartungen an die Netzwerktätigkeit

Mitgliedsbeiträge jährlich

(Stichtag 31.12.)

- ☐ Einzelmitgliedschaft(natürliche Person) 50,- €
☐ Praxis-/Firmenmitgliedschaft 100,- €
☐ Fördermitgliedschaft (Bitte tragen sie die Summe Ihrer jährlichen Förderung ein.) _____ (Stand 01/2012)

Die Satzung des Vereins ist mir bekannt; ich erkenne diese an.

Aufnahmeantrag Wundnetz Berlin-Brandenburg e. V.

Seite 2

Ich erkläre mich damit einverstanden, dass vorstehende Daten unter Beachtung des Bundesdatenschutzgesetzes für vereinsinterne Zwecke in einer EDV-gestützten Mitglieder- und Beitragsdatei gespeichert, übermittelt und geändert werden. Im Rahmen des vorgeschriebenen Mitgliedermeldeverfahrens werden personenbezogene Daten elektronisch verarbeitet.

Ohne dieses Einverständnis kann eine Mitgliedschaft nicht begründet werden. Die Regelungen zum Datenschutz in der Vereinssatzung habe ich zur Kenntnis genommen.

Ich bin damit einverstanden, dass Bilder und Textbeiträge über mich/ auf der Internetseite unseres Vereins (www.wundnetz-berlin-brandenburg.de) veröffentlicht werden. Bilder und Texte verfolgen ausschließlich den Zweck, den Verein und insbesondere unsere Aktivitäten in der Öffentlichkeit darzustellen. Die Darstellung wird unter der Verantwortung des Webmasters der Seite erstellt und laufend überarbeitet.

Nach dem Kunst- und Urheberrechtsgesetz hat jeder Mensch ein Recht am eigenen Bild.

Daher dürfen grundsätzlich keine Bilder ohne sein ausdrückliches Einverständnis verbreitet werden.

Gleiches gilt für Textdarstellungen, sofern sie auf einzelne Personen Bezug nehmen. Das Einverständnis kann jederzeit beim Schriftführer schriftlich widerrufen werden.

X

Berlin,
(Unterschrift Mitglied)

Einzugsermächtigung:

Hiermit ermächtige ich den Wundnetz Berlin-Brandenburg e. V. widerruflich den jährlichen Mitgliedsbeitrag von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen:

Name: Vorname..... des Kontoinhabers

IBAN: BIC.....

Geldinstitut:

Wenn mein/unser Konto die erforderliche Deckung nicht aufweist, besteht seitens des kontoführenden Kreditinstituts keine Verpflichtung zur Einlösung. Kontoänderungen müssen rechtzeitig angezeigt werden. Eventuelle Kosten der Rücklastschrift gehen zu Lasten des Kontoinhabers.

X

Berlin,
(Unterschrift des Kontoinhabers)

Ihren vollständig ausgefüllten Aufnahmeantrag senden Sie bitte auf dem Postwege an:

Wundnetz Berlin-Brandenburg e.V. C/O
Praxis Dr. med. F.-J. Peter Landsberger
Allee 49, 10249 Berlin

Oder via E-Mail an **stendera@wundnetz-bb.de**

Wenn Sie nicht am Einzugsverfahren teilnehmen möchten, erhalten Sie eine Rechnung!

<u>Vereinsinterne Bearbeitung:</u>	Datum:	Namenszeichen:
Antrag eingegangen	
Beschluss zur Aufnahme	
Aufnahme in Mitgliederdatei	
Einzug Vereinsbeitrag	