

Mitgliedsantrag

LYMPHOLOGICUM®

Hiermit beantrage ich/wir die Mitgliedschaft im Verein
LYMPHOLOGICUM – Deutsches Netzwerk Lymphologie e.V.

Seite | 1

Titel, Nachname, Vorname

Straße, Hausnummer

PLZ, Ort

Telefon

E-Mail

Link zur Homepage

Berufsbezeichnung

ggf. Name des Unternehmens/ Name des Lymphnetzes

abweichende Rechnungsadresse

Mitgliedsbeitrag

Mein / Unser jährlicher Mitgliedsbeitrag beträgt:

- 155 € Ordentliche Mitglieder, Einzelpersonen
 360 € Ordentliche Mitglieder, Lymphnetze
 78 € Assoziierte Mitglieder

Der Wortlaut der Vereinssatzung ist mir/uns bekannt.

Hinweis zum Magazin

Ordentliche Mitglieder und Lymphnetze erhalten ein Kontingent von 25 Freiemplaren pro Heftausgabe. Außerordentliche Mitglieder ein Kontingent von 5 Freiemplaren pro Heftausgabe. Die LYMPHOLIFE erscheint regelmäßig zum Ende eines jeden Quartals. Darüber hinaus bestehen verschiedene Möglichkeiten des Abonnements.

- Mediziner/-in
 Orthopädietechniker/-in / Fachkraft im Fachhandel
 Therapeut/-in
 Masseur/-in u med. Bademeister/-in

Hinweis zum Beitrag

Das Beitragsjahr geht vom 1. Januar bis zum 31. Dezember. Die Abbuchung des Mitgliedsbeitrages erfolgt per Lastschriftverfahren erstmalig im Beitrittsmonat, jeder weitere Einzug im Mai des Folgejahres.

Bitte zweite Seite beachten!

Vorsitzender: Dr. med. Ulrich Eberlein

info@lymphologicum.de
www.lymphologicum.de

Stadtsparkasse München
IBAN DE21 7015 0000 1000 9163 10
BIC SSKMDEMMXXX

Eingetragen beim
Amtsgericht Augsburg
Nr. VR 200761
St.-Nr.: 045 255 86417
Finanzamt Frankfurt am
Main III

Ermächtigung zum Einzug

Gläubiger-Identifikationsnummer: DE20ZZZ00000973101

SEPA-Lastschriftmandat (wird von LYMPHOLOGICUM - Deutsches Netzwerk Lymphologie e.V. vergeben)

Mandatsreferenz:

hiermit ermächtige ich den Verein LYMPHOLOGICUM e. V. den jährlichen Mitgliedsbeitrag von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die vom LYMPHOLOGICUM e. V. auf mein Konto gezogene Lastschrift 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. Beiträge an den Verein gehören zu den steuerlich absetzbaren Sonderausgaben (§ 10b Abs. 1 EStG).

Seite | 2

Kontoinhaber/-in (falls abweichend)

IBAN

BIC

Kreditinstitut

Ort, Datum

Unterschrift

Datenschutzerklärung

Die von Ihnen erhobenen Daten dienen der Verwaltung Ihrer Mitgliedschaft beim LYMPHOLOGICUM e. V. Zum Postversand werden Ihre Adressen an Dritte weitergegeben. Auch Ihre Angaben zum Einzug des Mitgliedsbeitrages werden weitergegeben (Bank). Eine weitere Übermittlung Ihrer personenbezogenen Daten an Dritte findet nicht statt. Mit dem Ende Ihrer Mitgliedschaft werden die Daten gelöscht. Sie können Auskunft über Ihre Daten und ggf. eine Berichtigung verlangen. Sie haben ein Recht auf Löschung sowie ein Widerspruchsrecht gegen die Verarbeitung.

Die von Ihnen erhobenen Daten werden mit Ihrer Zustimmung in der Experten-Suche auf unserer Website:

www.lymphologicum.de veröffentlicht. Folgende Daten werden veröffentlicht: Vorname, Name, Titel, Adresse Arbeitsstelle, Telefon, E-Mail, Link zur Homepage.

Möchten Sie, dass Ihre Kontaktdaten (bzw. die der Einrichtung) in der Experten-Suche auf der Website des Lymphologicum® veröffentlicht werden?

- Freigabe** **Ja, Kontaktdaten dürfen veröffentlicht werden.**
 Keine Freigabe **Nein, Kontaktdaten nicht veröffentlichen.**

Einwilligungserklärung

Ich bin darüber informiert worden (siehe Absatz oben) zu welchem Zwecke meine personenbezogenen Daten verarbeitet werden. Die Einwilligung kann ich jederzeit schriftlich widerrufen.

Ort, Datum

Unterschrift

Vorsitzender: Dr. med. Ulrich Eberlein

info@lymphologicum.de
www.lymphologicum.de

Stadtsparkasse München
IBAN DE21 7015 0000 1000 9163 10
BIC SSKMDEMMXXX

Eingetragen beim
Amtsgericht Augsburg
Nr. VR 200761
St.-Nr.: 045 255 86417
Finanzamt Frankfurt am
Main III