

# Mitgliedsantrag

## Lymphnetz Mitteldeutschland



Hiermit beantrage ich/wir die Mitgliedschaft im Verein

LYMPHNETZ MITTELDEUTSCHLAND e.V.

Titel, Nachname, Vorname

---

Ggf. Name des Unternehmens/ Name des Lymphnetzes

---

Adresse

---

Telefon, Fax

---

E-Mail

---

Möchten Sie, dass ihre Kontaktdaten (bzw. Die der Einrichtung) in der Experten Suche auf der Website veröffentlicht werden?

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

Ich bin:

- Arzt
- Physiotherapeut
- Sanitätshaus
- Wundversorger
- Klinik

Und erfülle die Aufnahmekriterien

---

Ort, Datum, Unterschrift

# Mitgliedsbeitrag

MEIN / UNSER jährlicher Mitgliedsbeitrag beträgt:

60€ Ordentliche Mitglieder, Einzelperson

120 € Außerordentliche Mitglieder, Fördermitglieder, passive Mitglieder

## **Einzugsermächtigung**

Hiermit ermächtige ich den Verein LYMPHNETZ MITTELDEUTSCHLAND e.V. widerruflich, den von mir zu entrichtenden Mitgliedsbeitrag bei Fälligkeit zu Lasten meines Kontos in Höhe von .....€ pro Jahr

IBAN

BIG

mittels Lastschrift einzuziehen.

---

Name des Mitglieds

---

Name des Kontoinhabers wenn vom Mitgliedsnamen abweichend

---

Ort, Datum, Unterschrift