



Mitgliedsantrag

Bitte digital oder in Druckbuchstaben mit Kugelschreiber ausfüllen und an die unten angegebene Adresse senden!

Auf geht's! So werden Sie Mitglied.

Ich/wir beantrage/n die Aufnahme als Mitglied beim Verein zur Förderung des Forschungs- und Bildungsmanagements für die Orthopädie-Schuhtechnik in Deutschland e.V.

| | |
|--------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> | Einzelmitgliedschaft (Einzelperson, OST Betriebe, etc.) |
| <input type="checkbox"/> | Gruppenmitgliedschaft (z. B. Innungen, Verbände, Vereine, Bildungseinrichtungen, etc.) |
| <input type="checkbox"/> | Industrie |

Name der Firma, Institution, o.ä. _____

Ansprechpartner

Titel _____

Name _____ Vorname _____

Straße / Nr. _____

PLZ _____ Ort _____

Email* _____ Telefon* _____

**freiwillige Angabe*

Als Aufnahmebeitrag zahle/n ich/wir: _____ € *

(≈ dem Jahresbeitrag des ersten Kalenderjahrs der Mitgliedschaft)

Ich/wir zahle/n einen Jahresbeitrag pro Kalenderjahr von: _____ € *

(für die Folgejahre)

* Die in der Auflistung der Mitgliedsbeiträge festgelegten Beträge sind als Mindestbeiträge zu verstehen.

Bitte senden Sie mir/uns an oben angegebene Email Adresse Informationen, Einladungen, usw. des Vereins zur Förderung des Forschungs- und Bildungsmanagements für die Orthopädie-Schuhtechnik in Deutschland e.V.

Ich/Wir bin/sind damit einverstanden, dass mein/unsere Name/n (Person, Gruppe, Firma) und meine/unsere Beiträge auf der Internetseite des Vereins zur Förderung des Forschungs- und Bildungsmanagements für die Orthopädie-Schuhtechnik in Deutschland e.V. veröffentlicht werden darf.

Ort _____ Datum _____ Unterschrift (Mitglied) _____

Zahlungsweise

Ich zahle per SEPA-Lastschriftmandat (Einzugsermächtigung / ehemals Lastschriftverfahren)

Gläubiger-Identifikationsnummer: DE46ZZZ00001548522

SEPA-Lastschriftmandat: Ich ermächtige den Verein zur Förderung des Forschungs- und Bildungsmanagements für die Orthopädie-Schuhtechnik in Deutschland e.V., Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die vom den Verein zur Förderung des Forschungs- und Bildungsmanagements für die Orthopädie-Schuhtechnik in Deutschland 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 + Vorname (Kontoinhaber)

Email (Kontoinhaber)*

Straße + Hausnummer (Kontoinhaber)

PLZ + Ort (Kontoinhaber)

Kreditinstitut Name

Kreditinstitut BIC

IBAN

**freiwillige Angabe*

Dieses SEPA-Lastschriftmandat gilt für die Mitgliedschaft von: *Name oder Name der Firma*

Ort

Datum

Unterschrift (Kontoinhaber)

Im Original zurück an:

Forschungs- und Bildungsmanagement

Orthopädie-Schuhtechnik

Ricklinger Stadtweg 92

30549 Hannover

Germany