

W U N D N E T Z

S a c h s e n A n h a l t e . V .

AUFNAHMEANTRAG

Einrichtung	Name , Vorname
Straße	PLZ/Ort
	Geb. Dat.
Ort	E-Mailadresse

(Namensänderungen und Wohnsitzwechsel sind dem Schriftführer mitzuteilen.)

den Beitritt zum

Wundnetz Sachsen Anhalt e.V.
Humboldtstraße 16
39112 Magdeburg

Mitgliedsbeiträge jährlich

	Mitgliedsgruppe	Jahresbeitrag
	Einzelmitglied pflegerisch /therapeutisch	50 €
	Einzelmitglied akademisch	80 €
	Einzelpersonen als Fördermitglied	150 €
	Arztpraxis 1 - 3 Arztsitze	150 €
	Arztpraxis 4 - 6 Arztsitze	250 €
	Arztpraxis > 7 Arztsitze	400 €
	Krankenhaus	500 €
	Pflegedienst/ Nichtärztl. Dienste <10 MA/ > 20 MA	80/ 160 €
	Stationäre Pflegeeinrichtung	150 €
	Firmen/ Medizinische Dienstleister	500 €
	Ausbildungsstätten	250 €

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

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.

WUNDNETZ

S a c h s e n A n h a l t e . V .

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-sachsen-anhalt.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.

Magdeburg,
(Unterschrift Mitglied)

.....

Einzugsermächtigung

Hiermit ermächtige ich den **Wundnetz Sachsen-Anhalt e. V.** widerruflich den jährlichen Mitgliedsbeitrag von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen:

Name	Vorname
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.

Magdeburg,

.....

Unterschrift
(Unterschrift des Kontoinhabers)

Vereinsinterne Bearbeitung	Datum	Hdz.
Antrag eingegangen		
Beschluss zur Aufnahme		
Aufnahme in Mitgliederdatei		
Einzug Vereinsbeitrag		