



BVND Geschäftsstelle, c/o med info GmbH,
Hainenbachstraße 25, 89522 Heidenheim



Ja, ich möchte Mitglied des BVND werden.

Praxisanschrift	
Titel; Name, Vorname: _____	
Straße; Haus-Nr.: _____	
PLZ; Ort: _____	
E-Mail: _____	
Homepage: _____	
Tel.: _____ Fax: _____	
Geb. Datum: _____	
Privatanschrift	
Straße; Haus-Nr.: _____	
PLZ; Ort: _____	
E-Mail: _____	
Tel.: _____ Fax: _____	
Beitragsgruppe	
Ordentliches Mitglied	300 EURO/Jahr

Bundesverband Niedergelassener Diabetologen e.V.

Geschäftsstelle

c/o med info GmbH
Hainenbachstraße 25
89522 Heidenheim

Telefon: 07321 9469190
Telefax: 07321 9469183
E-Mail: mail@bvnd.de
Internet: www.bvnd.de

VR-Nr.: VR 661143
Amtsgericht Ulm

Bankverbindung

Deutsche Apotheker- u. Ärztebank
Konto: 5 433 460
BLZ: 300 606 01
IBAN: DE57 3006 0601 0005 4334 60
BIC: DAAEDEDXXX

Vorsitzender

Dr. Nikolaus Scheper

Stellv. Vorsitzende

Dr. Dorothea Reichert
Dr. Hans-Martin Reuter

Schatzmeisterin

Antje Weichard



Ort, Datum

Unterschrift

SEPA-Lastschriftmandat	Mandatsreferenz: (wir von Geschäftsstelle eingetragen)
<p>Titel; Name; Vorname: _____</p> <p>Straße; Haus-Nr.: _____</p> <p>PLZ; Ort: _____</p> <p>Kreditinstitut: _____</p> <p>IBAN: DE ____ ____ ____ ____ ____ ____</p> <p>BIC: _____</p>	

Gläubiger-Identifikationsnummer: DE51ZZZ00000454854

Hiermit ermächtige ich den Bundesverband Niedergelassener Diabetologen e.V. die wiederkehrenden Zahlungen (300,00EUR/Jahr) von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, den Bundesverband Niedergelassener Diabetologen 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.

Ort, Datum

Unterschrift