

Mitgliedsantrag



Deutscher Verband
der med. Gipspfleger
und -schwestern e.V.

Name Vorname Geb.-datum

Straße Hausnummer PLZ Wohnort

Berufsbezeichnung Klinik/ Praxis

@

E - Mail- Adresse Tel.-Nr. und / oder Mobiltelefonnummer

Kontoinhaber Bank

IBAN BIC

Ich bin damit einverstanden, dass der Mitgliedsbeitrag (z.Zt. 35,-€) jährlich von meinem Konto abgebucht wird. Ich erteile dem DVG e.V. hiermit die Einzugsermächtigung von meinem o.a. Bankkonto.

Ich bin damit einverstanden, dass meine Daten nur an Mitglieder (zwecks Kommunikation) weitergegeben werden.

Für das Veröffentlichen von Kongress- und Weiterbildungsfotos im Rahmen des DVG e.V. gebe ich hiermit mein Einverständnis, wenn ich daran teilnehme.

Ort, Datum

Unterschrift