



Beitrittserklärung

Bitte in Druckbuchstaben ausfüllen, Danke.

Frau

Herr

Firma

Name:		
Straße:		
Bundesland:	PLZ:	Stadt:
Telefon:		Fax:
Telefon geschäftlich:		Email:

Institution

Krankenhaus

Privatpraxis

Industrie

Gemeinnützige Einrichtung

Sonstige: _____

Berufsgruppe

Gesundheits- und Krankenpfleger

Fachkrankenpfleger

Arzthelfer

Arzthelfer Dialyse

Arzt

Fachbereich

Ernährungsberatung

Management

Lehre

Technik

Sonstige: _____

Hämodialyse

Peritonealdialyse

Transplantation

Pädiatrie

Sonstige: _____

Im Beruf seit: _____

In Nephrologie seit: _____

SEPA-Lastschriftmandat - Gläubiger-Identifikationsnummer DE88ZZZ000006866

Die Mandatsreferenz wird mit den Mitgliedsunterlagen mitgeteilt

Ich ermächtige den fnb e.V. Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von dem fnb 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 Kontoninhaber:	
Bankinstitut:	BIC:
IBAN:	
Datum/Unterschrift:	

Datenschutz

Die umseitigen Informationen werden elektronisch gespeichert und sind ausschließlich zur Verwendung innerhalb des Verbandes bestimmt (Verwaltung, Korrespondenz, Mitgliederlisten), sowie zur Versendung von Veröffentlichungen. Mit Unterzeichnung der Beitrittserklärung geben Sie ausdrücklich Ihre Einwilligung zur Datenerfassung.

Informationen zur fnb Mitgliedschaft

- Die Mitgliedsdauer beginnt mit Eingang des Mitgliedsbeitrags auf das Konto des fnb.
- Die Kündigungsfrist ist entsprechend der Satzung.
- Die Mitgliedschaft ist nicht übertragbar.

Datum und Unterschrift:
