

BEITRITTSERKLÄRUNG (Stand 25.11.2018)

Institut für Reisemedizin e.V.

Rümelinstr. 19
72622 Nürtingen

Hiermit beantrage ich die Mitgliedschaft im Verein Institut für Reisemedizin e.V.

Mitgliedsdaten:

Vorname:

Nachname:

Bei Minderjährigen Name der gesetzlichen Vertreter:

.....

Straße und Hausnummer:

Postleitzahl und Wohnort:

Geburtsdatum:/...../.....

Telefon Festnetz:

Telefon Mobil:

E-Mail:

Jährliche Beiträge (Der Mitgliedsbeitrag ist jedes Jahr am 31.01. fällig):

- Kinder unter 12 Jahre: 0 € (null Euro)
- Reisende (ermässigt z.B. Elternzeit, Kinder 12-18 J.): 10 € (zehn Euro)
- Reisende (Erwachsene): 20 € (zwanzig Euro)
- Familie (Eltern mit allen im Haushalt lebenden Kindern): 40 € (vierzig Euro)
- Arzt in Weiterbildung: 30 € (dreißig Euro)
- Facharzt / Apotheker (angestellt): 40 € (vierzig Euro)
- Facharzt / Apotheker (selbstständig): 50 € (fünfzig Euro)
- Fördermitgliedschaft (Industrie, Verbände etc.): 200 € (zweihundert Euro)
- Ehrenmitglied / Ehrenvorsitzender: 0 € (null Euro)

Mit der Speicherung, Übermittlung und Verarbeitung meiner personenbezogenen Daten für Vereinszwecke gemäß der Satzung und den Datenschutzbestimmungen des Bundesdatenschutzgesetzes (BDSG) bin ich einverstanden. Ich habe jederzeit die Möglichkeit, vom Verein Auskunft über diese Daten von mir zu erhalten. Meine Daten werden nach dem Austritt aus dem Verein gelöscht. Ich bin ebenso mit der Veröffentlichung auf der Homepage des Vereins www.IRM-eV.de und der Weitergabe an andere Vereinsmitglieder einverstanden.

Bankverbindung des Vereins Institut für Reisemedizin e.V.

Bitte überweisen Sie den Mitgliedsbeitrag auf folgendes Konto:

Kreditinstitut: BW Bank

Kontoinhaber: Institut für Reisemedizin e.V.

Verwendungszweck: Mitgliedsbeitrag

IBAN: DE57600501010008580814

BIC: SOLADEST600

.....

Ort, Datum

.....

Unterschrift (bei Minderjährigen Unterschrift eines gesetzlichen Vertreters)