

## Beitrittserklärung

Hiermit beantrage ich ab dem \_\_\_\_\_.\_\_\_\_.20\_\_ die Aufnahme in den Deutschen Verband für Ernährungstherapie | Clinical Nutrition e.V. (DVET|CN) und erkenne die Satzung an.

### Art der Mitgliedschaft *(Bitte Nachweise anfügen!)*

- Ordentliches Mitglied
- Studentisches Mitglied
- Assoziiertes Mitglied

|                            |  |
|----------------------------|--|
| *Vorname:                  |  |
| *Nachname:                 |  |
| *Firma / Institution:      |  |
| Akademischer Titel:        |  |
| *Straße und Hausnummer:    |  |
| *Postleitzahl und Wohnort: |  |
| Geburtsdatum:              |  |
| *Telefon:                  |  |
| *E-Mail:                   |  |

*\*Pflichtangaben*

| Mitgliedsbeiträge (Stand: 22.06.2021)                           |                            |
|---|----------------------------|
| Ordentliches Mitglied   | 20 € / Jahr                |
| Studentisches Mitglied  | 10 € / Jahr                |
| Assoziiertes Mitglied (natürliche Person)                       | 20 € / Jahr                |
| Assoziiertes Mitglied (juristische Person)                      | 200 € / Jahr               |
| Aufnahmegebühr für ordentliche und assoziierte Mitgliedschaften | 10 € einmalig bei Aufnahme |

Hiermit erkläre ich mich zur Zahlung des aktuellen Mitgliedbeitrags jährlich bereit.

Ich möchte, dass der Jahresbeitrag per SEPA Lastschriftverfahren von meinem Konto eingezogen wird *(Bitte SEPA Mandat beifügen!)*

Den Jahresbeitrag werde ich auf das Konto der DVET | CN e.V. überweisen.

Ort, Datum \_\_\_\_\_

Unterschrift des Mitglieds \_\_\_\_\_