



VFS e.V. Altomünsterstr. 6 85229 Markt Indersdorf

VFS
Verband der Fachkräfte der Sozialmedizin
im Öffentlichen Gesundheitsdienst Bayern e.V.

Altomünsterstr. 6
85229 Markt Indersdorf
Mail: kontakt@fds-verband.de

Beitrittserklärung – Bitte beide Seiten ausfüllen!

Name:	Vorname:	geb.:
-------	----------	-------

Privatadresse:

Straße:	PLZ:	Wohnort:
Telefon:	E-Mail:	

Dienstliche Adresse:

Regierungsbezirk:	Telefon:	
Straße:	PLZ:	Dienstort:
E-Mail persönlicher Arbeitsplatz:		
E-Mail des Gesundheitsamtes:		

Freiwillige Angaben:

Im Gesundheitsamt tätig seit:

Ich habe die FdS-Weiterbildung: (ehem. SMA-Weiterbildung)	<input type="radio"/> ja, im Jahr _____ absolviert	<input type="radio"/> nein
--	--	----------------------------

Ich bin einverstanden, dass meine Daten zur Verwendung in der Verbandsarbeit erhoben, auf Datenträger gespeichert und genutzt werden. Die Weitergabe an Dritte ist ausgeschlossen.

Jahresmitgliedsbeiträge:

Aktives Mitglied	50,00 Euro
Passives Mitglied (Rentner)	10,00 Euro

Wichtig:

Wenn sich die persönlichen Daten (Anschrift, Bankverbindung usw.) ändern, sind diese unverzüglich dem Verband mitzuteilen. Evtl. entstehende Mehrkosten durch z. B. Fehlbuchungen gehen dann zu Lasten des Verursachers.

Ort, Datum

Unterschrift

SEPA-Lastschrift-Mandat (Ermächtigung) (für wiederkehrende Zahlungen)

Mandatsreferenz

Vergabe durch den Zahlungsempfänger, max. 35 stellig

Zahlungsempfänger

VFS Verband der Fachkräfte der Sozialmedizin
im Öffentlichen Gesundheitsdienst Bayern e. V.
Altomünsterstr. 6
85229 Markt Indersdorf

Gläubiger Identifikationsnummer

DE12ZZZ00000674776

Ich ermächtige/ Wir ermächtigen den **VFS Verband der Fachkräfte der Sozialmedizin im Öffentlichen Gesundheitsdienst Bayern e. V.** Zahlungen von meinem/ unserem Konto mittels SEPA-Lastschrift einzuziehen.

Zugleich weise ich mein/ unser Kreditinstitut an, die von dem **VFS Verband der Fachkräfte der Sozialmedizin im Öffentlichen Gesundheitsdienst Bayern e. V.** auf mein/ unser Konto gezogenen SEPA-Lastschriften einzulösen.

Ich kann/ Wir können innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Es gelten dabei die mit meinem/ unserem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

Zahlungspflichtiger

Name: _____

Anschrift: _____

IBAN: _____

BIC: _____

Ort, Datum

Unterschrift