



Beitrittserklärung

Hiermit erkläre ich meinen Eintritt in den Verband Leitender Orthopäden und Unfallchirurgen Deutschlands e.V. (VLOU e.V.)
ab _____ gemäß der gültigen Satzung. **Einen Kurz-Lebenslauf füge ich dem Antrag bei.**

Funktion:	Chefarzt <input type="radio"/>	Sektionsleiter <input type="radio"/>	Ltd. Oberarzt <input type="radio"/>	operativ <input type="radio"/>	konservativ <input type="radio"/>
Jahresbeitrag:	€ 250,00	€ 250,00	€ 125,00		

Name: _____ Vorname: _____

Titel: _____ Geb. am: _____

Klinik/Einrichtung: _____

Klinik-Adresse: _____

Telefon / Telefax: _____ Mobil _____

E-Mail (obligatorisch): _____

Ort, Datum _____ Unterschrift _____

Ermächtigung zum Einzug von Forderungen durch SEPA-Lastschrift

Zahlungsempfänger

Kontoinhaber: Name, Vorname, Privatadresse (PLZ, Ort)

VLOU e.V. Bundesverband
Gläubiger-ID: DE85ZZZ00001239263

Ich ermächtige Sie widerruflich, den von mir zu entrichtenden Jahresbeitrag für den VLOU e.V. bei Fälligkeit zu Lasten meines Kontos mit der

IBAN _____ BIC _____

bei _____ durch SEPA-Lastschrift einzuziehen.
genaue Bezeichnung des Kreditinstituts

Das Lastschriftmandat wird durch Ihre Mandatsreferenz-Nummer und die VLOU-Gläubiger-Identifikationsnummer gekennzeichnet.

Ort, Datum _____ Unterschrift _____

Ich erkläre mich damit einverstanden, dass der VLOU meine persönlichen Daten für Mitgliedsinformationen an mich nutzen darf. Ebenso dürfen meine Adressdaten an Dienstleister, die für den VLOU tätig werden, weitergegeben werden. Eine Weitergabe meiner persönlichen Daten an andere Stellen erfolgt nicht. Über diese Einwilligung kann ich mich jederzeit in der VLOU-Geschäftsstelle informieren lassen und sie widerrufen.

Ort, Datum _____ Unterschrift _____