

Kompetenznetz Patientenschulung e. V.

Sitz:

Kinderhospital Osnabrück

Iburger Str. 187

49082 Osnabrück

1. Vorsitzende: PD. Dr. med. D. Staab



Mitgliedsantrag

Hiermit beantrage ich eine Mitgliedschaft im Verein Kompetenznetz Patientenschulung e. V.

Name/Vorname	
Straße	
PLZ/Ort	
Telefon	
Email	

SEPA-Lastschriftmandat

Gläubiger-Identifikationsnummer: DE82ZZZ00000752280

Mandatreferent: Wird separat erteilt

Ich ermächtige den Verein Kompetenznetz Patientenschulung e. V. fällige Mitgliedsbeiträge von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die vom Kompetenznetz Patientenschulung 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.

Laut Beschluss der Mitgliederversammlung vom 17.02.2017 ist die Höhe des Betrages ab 2018 auf 20,00 € festgelegt.

Name des Kontoinhabers	
Kreditinstitut (Name und BIC)	
IBAN	DE
Ort, Datum	Unterschrift -Kontoinhaber oder Bevollmächtigter-

Ich erkläre mich widerruflich damit einverstanden, dass auf der Internetseite www.kompetenznetz-patientenschulung.de folgende personenbezogenen Daten

- Name
- Institution
- Anschrift
- Telefonnummer
- Emailadresse

im internen Bereich veröffentlicht werden. (Bitte entsprechend ankreuzen)

Mit Eintritt und Einwilligung erhalte ich das Kennwort für den geschlossenen Bereich. Ich behandle die Zugangsdaten vertraulich und gebe sie nicht an Dritte weiter.

Ort, Datum	Unterschrift