



(für Fensterkuvert geeignet)

An den

VERBAND UNABHÄNGIGER MEDIZIN- UND LABORTECHNIK-PLANER • VMLP

Edelsbergstraße 8
D-80686 München

AUFNAHMEANTRAG
Ordentliche Mitgliedschaft

Ich/Wir beantrage/n mit Wirkung ab 1. _____ 20____ bzw. ab dem folgenden Monatsersten die Aufnahme als ordentliches Mitglied in den »VERBAND UNABHÄNGIGER MEDIZIN- UND LABORTECHNIK-PLANER e.V. - VMLP«.

1. Persönliche Angaben (Inhaber/Teilhaber/Geschäftsführer/Partner)

Form with fields for Name/Firma, Rechtsform, Vor- und Zuname, Geburtsdatum, Straße/Hausnr., PLZ/Ort, Internet, Telefon, Telefax, e-mail.

*) für weitere Personen bitte Rückseite benutzen bzw. Kopie fertigen

2. Berufsausbildung/Prüfung

Form with checkboxes for University/Technical University, Academic Degree, and Exam details.

3. Bürobezeichnung

Form with checkboxes for various office types like Ingenieurbüro, Architekturbüro, etc.

4. Fachrichtung und Tätigkeitsschwerpunkt

Form with fields for self-employed status and checkboxes for medical/technical planning and other professions.

5. Mitgliedschaften in anderen Berufsverbänden oder Kammern

Form with fields for membership in other associations and checkboxes for chamber membership.

6. Datenschutzklausel

Ich/Wir ermächtige/n den Verband, die im Zusammenhang mit der beantragten Aufnahme stehenden Daten zu speichern, soweit dies zur üblichen Betreuung des Ermächtigenden oder zur ordnungsgemäßen Durchführung der vertraglichen Beziehungen erforderlich ist.

7. Mitgliedsbeitrag

Der jährliche Mitgliedsbeitrag beträgt für ordentliche Mitglieder gemäß Beitragsordnung:

- Grundbetrag: **EUR 1.200,-**
 Reduzierter Grundbetrag für Büros⁺: **EUR 600,-**

⁺) inkl. Teilhaber/Geschäftsführer/Partner bis zu insgesamt 5 Mitarbeitern

Mit der ersten Beitragszahlung ist die **Aufnahmegebühr in Höhe von EUR 100,-** fällig.

8. SEPA-Lastschriftmandat (Mandatsreferenz wird separat mitgeteilt)

Ich/Wir ermächtigen den VMPL e.V., Zahlungen von meinem/unserem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise/n ich/wir mein/unser Kreditinstitut an, die vom VMPL e.V. auf mein/unser Konto gezogenen Lastschriften einzulösen. Sofern Kontoinhaber und Inhaber der Mitgliedschaft abweichen, gilt dieses SEPA-Lastschriftmandat für die o.g. Mitgliedschaft. Hinweis: Ich/wir kann/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. Gläubiger-Identifikationsnummer VMPL e.V.: DE27ZZZ00000640362

<small>Kreditinstitut (Name)</small> _____	<small>(BIC)</small> _____	<small>IBAN</small> _____	<small>DE</small> _____	<small>-----</small>
<small>Kontoinhaber (falls abweichend: Vorname, Name bzw. Firmierung / Straße, Hausnummer / PLZ, Ort)</small> _____			<small>Datum, Ort</small> _____	<small>Unterschrift</small> _____

9. Erklärung

Ich/Wir versichere/versichern die Richtigkeit bzw. Vollständigkeit vorstehender Angaben und erkenne/n die Ziele, Beschlüsse und Satzung des Verbandes als verbindlich an.

Ort / Datum

ggf. Stempel

rechtsverbindliche Unterschrift

Weitere Inhaber/Teilhaber/Geschäftsführer/Partner:

(für jedes Mitglied bitte separate Angabe)

1a Persönliche Angaben

<small>Vor- und Zuname, ggf. Titel, der vertretungsberechtigten Inhaber / Teilhaber / Geschäftsführer / Vorstand / Partner</small>	<small>Geburtsdatum</small>
<small>Straße / Hausnr.</small> _____ <small>PLZ / Ort</small> _____	<small>e-mail:</small> _____

2a Berufsausbildung / Prüfung

Universität / Hochschule / Fachhochschule | _____
 Technische Universität / Technische Hochschule | Ort _____ Fachrichtung _____ Examen _____
 Akad. Grad: Dr. Ing. Dipl.-Ing. Dipl.-Ing. (FH) Ing. (grad) _____

5a Mitgliedschaften in anderen Berufsverbänden oder Kammern

Mitgliedschaft in folgenden Berufs- bzw. Arbeitgeberverbänden _____

Kammermitgliedschaft: nein / ja (Mitglied der _____-Kammer in _____)

1b Persönliche Angaben

<small>Vor- und Zuname, ggf. Titel, der vertretungsberechtigten Inhaber / Teilhaber / Geschäftsführer / Vorstand / Partner</small>	<small>Geburtsdatum</small>
<small>Straße / Hausnr.</small> _____ <small>PLZ / Ort</small> _____	<small>e-mail:</small> _____

2b Berufsausbildung / Prüfung

Universität / Hochschule / Fachhochschule | _____
 Technische Universität / Technische Hochschule | Ort _____ Fachrichtung _____ Examen _____
 Akad. Grad: Dr. Ing. Dipl.-Ing. Dipl.-Ing. (FH) Ing. (grad) _____

5b Mitgliedschaften in anderen Berufsverbänden oder Kammern

Mitgliedschaft in folgenden Berufs- bzw. Arbeitgeberverbänden _____

Kammermitgliedschaft: nein / ja (Mitglied der _____-Kammer in _____)