

# Antrag auf Mitgliedschaft

Netzwerk Lebensqualität durch Arzneimitteltherapiesicherheit e.V.



<b>Einzelperson</b> (natürliche Person)	
Name:	
Vorname:	
Geburtsdatum:	
Straße, PLZ, Ort:	
E-Mail:	
Tel.:	
Funktion / Position (freiwillige Angabe):	

<b>Unternehmen/Institution/Organisation</b> (juristische Person)	
Name:	
vertreten durch (Titel, Vorname, Name)	
Position:	
Straße, PLZ, Ort:	
E-Mail:	
Tel.:	

## Datenschutzhinweis / Einwilligungserklärung

Die personenbezogenen Daten und Bankdaten werden ausschließlich im Rahmen der Erforderlichkeit von Abrechnung und Betreuung der Mitgliedschaft erfasst bzw. verarbeitet<sup>1</sup>. Es erfolgt keine Weitergabe der persönlichen Daten an Dritte. Für jede darüberhinausgehende Nutzung der personenbezogenen Daten bedarf es regelmäßig der Einwilligung des Betroffenen.

Ich willige ein

Ich willige nicht ein

Zum Schutz des Persönlichkeitsrechtes kann die Einwilligung zu jeder Zeit schriftlich widerrufen werden.

## Vereinsatzung

Mit meiner Unterschrift erkenne ich die Satzung des Netzwerkes Lebensqualität durch Arzneimitteltherapiesicherheit e.V. in der aktuell gültigen Fassung an. Die Mitgliedschaft im Verein ist fortlaufend, ein Austritt kann nur zum Ende des Kalenderjahres unter Einhaltung der in der Satzung<sup>2</sup> verankerten Kündigungsfrist erfolgen.

Mit meiner Unterschrift beantrage ich Mitgliedschaft in den Verein Netzwerk Lebensqualität durch Arzneimitteltherapiesicherheit e.V. ab dem: \_\_ . \_\_ . \_\_\_\_

## Jahresbeiträge (zutreffendes bitte ankreuzen)

Einzelperson 40,00 €

Unternehmen/Institution/Organisation 120,00 €

Bei Eintritt ist der Jahresbeitrag sofort per Überweisung auf das Vereinskonto fällig. Der Einzug des Folgejahresbeitrages erfolgt jährlich per SEPA-Lastschriftmandat zum 15.01. (keine Vorab-Info mehr nötig) Bitte beachten Sie das Formular auf Seite 2.

## Ort, Datum Unterschrift (Stempel bei Unternehmen/Institution/Organisation)

.....

<sup>1</sup> WISO – Mein Verein

<sup>2</sup> Die aktuelle Satzung finden Sie auf der Homepage des Vereins unter [www.nela-ev.de](http://www.nela-ev.de).

Bitte senden Sie den ausgefüllten Antrag per Email oder Post an das Netzwerk Lebensqualität durch Arzneimitteltherapiesicherheit e.V., Dachstr.54, 45355 Essen, [mitgliedschaft@nela-ev.de](mailto:mitgliedschaft@nela-ev.de) zurück.



**SEPA-Basis-Lastschriftmandat** (SEPA Direct Debit Mandate)  
für SEPA-Basis-Lastschriftverfahren/SEPA Core Direct Debit Scheme

Name und Anschrift des Zahlungsempfängers (Gläubiger)

Netzwerk Lebensqualität durch  
Arzneimitteltherapiesicherheit e.V.

Dachstr.54  
45355 Essen

**Wiederkehrende Zahlungen/  
Recurrent Payments**

[Gläubiger-Identifikationsnummer (CI/Creditor Identifier)]  
DE84NLA00002143127

[Mandatsreferenz = Mitgliedsnummer wird später mitgeteilt]

**SEPA-Basis-Lastschriftmandat**

Ich/Wir ermächtige(n) das

[Name des Zahlungsempfängers]  
Netzwerk Lebensqualität durch Arzneimitteltherapiesicherheit e.V.

Zahlungen von meinem/unserem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise(n) ich/wir mein/unser Kreditinstitut an, die von dem

[Name des Zahlungsempfängers]  
Netzwerk Lebensqualität durch Arzneimitteltherapiesicherheit e.V.

auf mein/unser Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

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

[Kontoinhaber /Zahlungspflichtiger (Vorname, Name, Straße, Hausnummer, PLZ, Ort)]

[Kreditinstitut]

[BIC]

[IBAN]

Hinweis: Ab 01.02.2014 kann die Angabe des BIC entfallen, wenn die IBAN mit DE beginnt.

[Ort, Datum]

Unterschrift (Zahlungspflichtiger)