

45136 Essen Susannastr. 13 45040 Essen Postfach 104062 Telefon 0201/94685370  
Telefax 0201/94685380 E-mail [vdd@vdd.de](mailto:vdd@vdd.de) Internet: [www.vdd.de](http://www.vdd.de)

**Hiermit beantrage ich die Mitgliedschaft beim VDD e.V. und erkenne die Satzung des Verbandes an.**

Ich möchte Mitglied werden mit Wirkung vom  Mitgliedsnummer

wird vom VDD eingetragen

Name, Vorname

Straße, Hausnummer

PLZ  Ort

Bundesland

geboren am:  in:  geborene:

Nationalität

Diätschule  Abschlussjahr

Zusätzliche Abschlüsse / Weiterbildung

Besondere Kenntnisse(z.B. Sprachen)

Ich bin z. Zt. beschäftigt bei (Arbeitgeber)

Ich bin z.Zt. freiberuflich tätig:

Eine Kopie meiner Berufsurkunde liegt bei.

Ich möchte, dass der Jahresbeitrag per SEPA-Lastschriftverfahren (siehe 3. Blatt) von meinem Konto eingezogen wird.

Den Jahresbeitrag- entsprechend der Beitragsordnung- werde ich auf das Konto des Verbandes der Diätassistenten e.V.: Sparkasse Essen, Konto 0008359507, BLZ 360 501 05, IBAN: DE13 36050105 0008359507, BIC SPESDE3EXXX überweisen.

Ort, Datum \_\_\_\_\_ Unterschrift \_\_\_\_\_

# Datenabfrage für Mitglieder des VDD

um Postrückläufer - und damit verbunden, aufwendige Recherchearbeiten und Anfragen bei Meldeämtern mit hohem Kostenaufwand - zu vermeiden, möchten wir Sie bitten, uns Ihre Angaben auf diesem Vordruck vollständig anzugeben. Damit stellen Sie sicher, dass Sie unsere Informationen ordnungsgemäß erhalten.

Wir danken Ihnen für Ihre freundliche Mithilfe!

	PRIVAT	ARBEITGEBER
Name		
Vorname		
Straße		
PLZ		
Ort		
Telefon		
Telefax		
E-Mail		
Internet		

**Ergänzende Angaben:**

Ich habe folgende berufsqualifizierende Weiterbildungen absolviert:

**Titel/Veranstalter:**

.....

.....

.....

.....



**Verband der Diätassistenten – Deutscher Bundesverband e.V.**  
**Postfach 104062**  
**45040 Essen**  
Fax: 0201 94685380

Gläubiger-Identifikationsnummer: DE55ZZZ00000097725  
Mandatsreferenz: wird separat mitgeteilt

## Erteilung - SEPA-Lastschrift-Mandat

Ich ermächtige (Wir ermächtigen) den **Verband der Diätassistenten e.V. (VDD)**, Zahlungen von meinem (unserem) Konto mittels Lastschriften einzuziehen. Zugleich weise ich mein (weisen wir unser) Kreditinstitut an, die vom **Verband der Diätassistenten e.V. (VDD)**, auf mein (unser) Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

**Hinweis:** 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.

\_\_\_\_\_  
Vorname und Name (Kontoinhaber)

**Angaben des  
Kontoinhabers**

\_\_\_\_\_  
Straße und Hausnummer

\_\_\_\_\_  
Postleitzahl und Ort

\_\_\_\_\_  
Kreditinstitut: Name

\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  
Kreditinstitut: BIC

*Bitte  
in Druckschrift  
ausfüllen!*

\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  
IBAN

\_\_\_\_\_  
Datum, Ort und Unterschrift des Kontoinhabers

Dieses SEPA-Lastschriftmandat gilt für die Vereinbarung mit

\_\_\_\_\_  
Vorname und Name

\_\_\_\_\_  
falls bekannt: Mitglieds-/Kundennummer

**Mitglied bzw. Kunde,  
falls abweichender  
Kontoinhaber**

\_\_\_\_\_  
Anschrift

Vor dem ersten Einzug einer SEPA-Lastschrift werde ich über den Einzug in dieser Verfahrensart unterrichtet durch den **Verband der Diätassistenten e.V. (VDD)**.