45136 Essen Susannastr. 13 *E-Mail* vdd@vdd.de *Internet:* ***www.vdd.de***

Hiermit erkläre ich meinen Beitritt als <u>außerordentliches</u> Mitglied beim VDD e.V.
Schülerinnen und Schüler <u>ab</u> dem ersten Ausbildungsjahr
Hinweis: Ohne Kündigung verlängert sich die Mitgliedschaft nach der Ausbildung automatisch in eine ortdentliche Mitgliedschaft

Beginn der Mitgliedschaft 20

Mitgliedsnummer
(wird vom VDD eingetragen)

Name, Vorname

Straße, Hausnummer (Anschrift privat, Meldeadresse)

PLZ **Ort**

geboren am: **in:**

Tel.-Nr.

Email-Adresse (!! Wichtig !! unsere Korrespondenz läuft hauptsächlich elektronisch .... bleiben Sie informiert)

Stempel und Unterschrift der Ausbildlungsstätte

voraussichtliches Examensjahr

Ich bin zurzeit im:

☐ 1. Ausbildungsjahr ☐ 2. Ausbildungsjahr ☐ 3. Ausbildungsjahr

☐ **Ich möchte. dass der Jahresbeitrag per SEPA-Lastschriftverfahren (siehe 2. Blatt) von meinem Konto eingezogen wird.**

☐ **Den Jahresbeitrag werde ich auf das Konto des Verbandes der Diätassistenten e.V.: Sparkasse Essen, IBAN: DE13 3605 0105 0008 3595 07, BIC SPESDE3EXXX überweisen.**

Ort, Datum_____**Unterschrift**_____

Verband der Diätassistenten – Deutscher Bundesverband e.V.
Susannastr. 13
45136 Essen
E-Mail: vdd@vdd.de
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.

Angaben des Kontoinhabers

_____
Vorname und Name (Kontoinhaber)

_____
Straße und Hausnummer

_____
Postleitzahl und Ort

Bitte in Druckschrift ausfüllen!

_____ _ _ _ _ _ _ _ / _ _ _
Kreditinstitut: Name — Kreditinstitut: BIC

_ _ _ _ _ / _ _ _ _ / _ _ _ _ / _ _ _ _ / _ _ _ _ / _ _
IBAN

_____
Datum, Ort und Unterschrift des Kontoinhabers

Dieses SEPA-Lastschriftmandat gilt für die Vereinbarung mit

Mitglied bzw. Kunde,
falls abweichender Kontoinhaber

_____
Vorname und Name — falls bekannt: Mitglieds-/Kundennummer

_____
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)**.