45136 Essen Susannastr. 13 Telefon 0201/94685370 Telefax 0201/94685380
E-mail vdd@vdd.de *Internet:* ***www.vdd.de***

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

Ich möchte Mitglied werden mit Wirkung vom 2 0

Mitgliedsnummer
wird vom VDD eingetragen

Name, Vorname

Straße, Hausnummer

PLZ **Ort**

Telefon **E-Mail**

geboren am **in** **geborene/r**

Nationalität

Abschluss-/Berufsbezeichnung, Name der Institution **Abschlussjahr**

Ich bin z. Zt. beschäftigt bei (Arbeitgeber)

Ich bin z.Zt. freiberuflich tätig: ☐

☐ **Eine Kopie meiner Urkunde (Bacherlor, Master) bzw. ein Nachweis meiner Qualifikation als Ernährungsfachkraft 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**_____

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)**.