



# Mitgliedsantrag

Bitte digital oder in Druckbuchstaben mit Kugelschreiber ausfüllen und an die unten angegebene Adresse senden!

## Auf geht's! So werden Sie Mitglied.

Ich/wir beantrage/n die Aufnahme als Mitglied beim Verein zur Förderung des Forschungs- und Bildungsmanagements für die Orthopädie-Schuhtechnik in Deutschland e.V.

<input type="checkbox"/>	Einzelmitgliedschaft (Einzelperson, OST Betriebe, etc.)
<input type="checkbox"/>	Gruppenmitgliedschaft (z. B. Innungen, Verbände, Vereine, Bildungseinrichtungen, etc. )
<input type="checkbox"/>	Industrie

Name der Firma, Institution, o.ä. \_\_\_\_\_

Ansprechpartner

Titel \_\_\_\_\_

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

Straße / Nr. \_\_\_\_\_

PLZ \_\_\_\_\_ Ort \_\_\_\_\_

Email\* \_\_\_\_\_ Telefon\* \_\_\_\_\_

*\*freiwillige Angabe*

Als Aufnahmebeitrag zahle/n ich/wir: \_\_\_\_\_ € \*

(≈ dem Jahresbeitrag des ersten Kalenderjahrs der Mitgliedschaft)

Ich/wir zahle/n einen Jahresbeitrag pro Kalenderjahr von: \_\_\_\_\_ € \*

(für die Folgejahre)

\* Die in der Auflistung der Mitgliedsbeiträge festgelegten Beträge sind als Mindestbeiträge zu verstehen.

Bitte senden Sie mir/uns an oben angegebene Email Adresse Informationen, Einladungen, usw. des Vereins zur Förderung des Forschungs- und Bildungsmanagements für die Orthopädie-Schuhtechnik in Deutschland e.V.

Ich/Wir bin/sind damit einverstanden, dass mein/unser Name/n (Person, Gruppe, Firma) und meine/unsere Beiträge auf der Internetseite des Vereins zur Förderung des Forschungs- und Bildungsmanagements für die Orthopädie-Schuhtechnik in Deutschland e.V. veröffentlicht werden darf.

Ort \_\_\_\_\_ Datum \_\_\_\_\_ Unterschrift (Mitglied) \_\_\_\_\_

# Zahlungsweise

**Ich zahle per SEPA-Lastschriftmandat** (Einzugsermächtigung / ehemals Lastschriftverfahren)

**Gläubiger-Identifikationsnummer:** DE83251900010686942400 - Mandatsreferenz: Mitgliedsbeitrag F&B-M OST

**SEPA-Lastschriftmandat:** Ich ermächtige den Verein zur Förderung des Forschungs- und Bildungsmanagements für die Orthopädie-Schuhtechnik in Deutschland e.V., Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die vom den Verein zur Förderung des Forschungs- und Bildungsmanagements für die Orthopädie-Schuhtechnik in Deutschland e.V. auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

**Hinweis:** Ich kann innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Es gelten dabei die mit meinem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

**Name + Vorname (Kontoinhaber)**

---

**Email (Kontoinhaber)\***

---

**Straße + Hausnummer (Kontoinhaber)**

---

**PLZ + Ort (Kontoinhaber)**

---

**Kreditinstitut Name**

---

**Kreditinstitut BIC**

---

**IBAN**

---

*\*freiwillige Angabe*

Dieses SEPA-Lastschriftmandat gilt für die Mitgliedschaft von: *Name oder Name der Firma*

---

Ort

---

Datum

---

Unterschrift (Kontoinhaber)

***Im Original zurück an:***

Forschungs- und Bildungsmanagement

Orthopädie-Schuhtechnik

Ricklinger Stadtweg 92

30549 Hannover

Germany