

VDCO – Mitgliedsantrag für Fördernde Mitglieder

Antragsteller/in:

Name Firma/Betrieb	_____
Gesetzliche/r Vertreter/in	_____
Position/Funktion	_____
Postanschrift	_____
E-Mail	_____
Telefon	_____
Delegierte/r Vertreter/in	_____
Position/Funktion	_____
Postanschrift	_____
E-Mail	_____
Telefon	_____

Der Mitgliedsbeitrag für Fördernde Mitglieder

Beträgt 500 €/jährlich.

Hiermit beantrage ich die Aufnahme als förderndes Mitglied in die Vereinigung Deutscher Contactlinsen-Spezialisten und Optometristen (VDCO) e.V. Ich erkenne Satzung für mich als verbindlich an. Der Ehrencodex und die Arbeitsrichtlinien sind für mich nicht verbindlich.

Den Datenschutzrichtlinien der VDCO, zur vollständigen Bearbeitung meines Antrags und Aufnahme in die VDCO sowie der Veröffentlichung auf vdco.de stimme ich hiermit zu.

Hiermit beantrage ich die Aufnahme als förderndes Mitglied in die VDCO e.V.

Datum: _____ Unterschrift: _____

VDCO e.V.

Vereinigung Deutscher
Contactlinsen-Spezialisten
und Optometristen e.V.

Apostel-Paulus-Straße 12
D-10825 Berlin

Tel: +49 30 – 788 96 500
Fax: +49 30 – 788 96 499

info@vdco.de
www.vdco.de

Bankverbindung

Sparkasse Berlin
BIC: BELADEV3333
IBAN: DE64 1005 0000 0190 6867 40

UID: DE 1295 20488

Amtsgericht
Berlin-Charlottenburg
VR 2925 B

VDCO e.V.
Vereinigung Deutscher
Contactlinsen-Spezialisten
und Optometristen e. V.
Apostel-Paulus-Straße 12
10825 Berlin

oder per E-Mail an
die VDCO-
Geschäftsstelle:
info@vdco.de

SEPA-Lastschriftmandat

Gläubiger-Identifikationsnummer: DE16ZZZ00000489531

Ich ermächtige die VDCO e.V., Zahlungen von dem angegebenen Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von der VDCO e.V. auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

Hinweis: Innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, kann die Erstattung des belasteten Betrages verlangt werden. Es gelten dabei die mit meinem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

BITTE IN DRUCKSCHRIFT AUSFÜLLEN

<hr/> <i>Name des Fördermitglieds</i>	<hr/> <i>Mitgliedsnummer</i>
<hr/> <i>Straße</i>	<hr/> <i>Hausnummer</i>
<hr/> <i>Postleitzahl (PLZ)</i>	<hr/> <i>Ort</i>
<hr/> <i>IBAN</i>	<hr/> <i>BIC-Code</i>
<hr/> <i>Ort, Datum</i>	<hr/> <i>Unterschrift</i>

Der VDCO Mitgliedsbeitrag wird im Januar jeden Jahres abgebucht. Sollten Sie uns kein Sepa-Mandat erteilen, bitten wir Sie Ihre eingehende Rechnung für den Mitgliedsbeitrag innerhalb von 4 Wochen auf das nebenstehende Konto zu überweisen.

Vielen Dank!
Ihre VDCO e.V.

Stephan Hirschfeld
1. Vorsitzender

VDCO e.V.

Vereinigung Deutscher
Contactlinsen-Spezialisten
und Optometristen e.V.

Apostel-Paulus-Straße 12
D-10825 Berlin

Tel: +49 30 – 788 96 500
Fax: +49 30 – 788 96 499

info@vdco.de
www.vdco.de

Bankverbindung
Sparkasse Berlin
BIC: BELADEBEXX
IBAN: DE64 1005 0000 0190 6867 40

UID: DE 1295 20488

Amtsgericht
Berlin-Charlottenburg
VR 2925 B