

**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 Ehrenkodeks 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.

VDCO e.V.

Vereinigung Deutscher  
Contactlinsen-Spezialisten  
und Optometristen e.V.Apostel-Paulus-Straße 12  
D-10825 BerlinTel: +49 30 – 788 96 500  
Fax: +49 30 – 788 96 499[info@vdco.de](mailto:info@vdco.de)  
[www.vdco.de](http://www.vdco.de)**Bankverbindung**  
Sparkasse Berlin  
BIC: BELADEBEXXX  
IBAN: DE64 1005 0000 0190 6867 40

UID: DE 1295 20488

Amtsgericht  
Berlin-Charlottenburg  
VR 2925 B

Datum: \_\_\_\_\_ Unterschrift: \_\_\_\_\_

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](mailto: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**

<i>Name des Fördermitglieds</i>	<i>Mitgliedsnummer</i>
<i>Straße</i>	<i>Hausnummer</i>
<i>Postleitzahl (PLZ)</i>	<i>Ort</i>
<i>IBAN</i>	<i>BIC-Code</i>
<i>Ort, Datum</i>	<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](mailto:info@vdco.de)  
[www.vdco.de](http://www.vdco.de)

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

UID: DE 1295 20488

Amtsgericht  
Berlin-Charlottenburg  
VR 2925 B