

Beitrittserklärung für ordentliche Mitglieder

Hiermit beantrage ich die Mitgliedschaft als ordentliches Mitglied im

Bundesverband der Zweithaar-Spezialisten e.V.



Name		Vorname	
<i>Ich bin Inhaber/in des folgenden Betriebes, in dem Zweithaar an Endverbraucher verkauft wird:</i>			
Firmierung		IK-Nummer	
Straße / Nr.		PLZ	Ort
Telefon	Fax	E-Mail	
Internet	Anzahl der Filialen		

Mitgliedsbeitrag:

Hauptbetrieb: jährlich 720,-€ zzgl. MwSt. (wird vierteljährlich abgebucht)

Filiale: jährlich 160,-€ zzgl. MwSt. (wird jährlich abgebucht)

SEPA-Lastschriftmandat:

Ich ermächtige den Verein BVZ e.V. Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die vom BVZ 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.

IBAN	DE	Gläubiger-Identifikationsnummer:
BIC		DE09ZZZ00000379465,
Name der Bank		Mandatsreferenz folgt mit der Beitrittsbestätigung

- Mir ist bekannt, dass die Präqualifizierung Voraussetzung für die Aufnahme in den Verband ist. Mein Betrieb ist präqualifiziert, und mein Präqualifizierungszertifikat (Ausfertigung für die Krankenkasse) lasse ich dem BVZ umgehend per E-Mail oder Fax zukommen.
- Die Satzung habe ich gelesen und erkenne Sie an. (Die Satzung ist einzusehen unter https://www.bvz-info.de/Zweithaarspezialisten/Ueber_uns/Satzung/)
- Ich habe die Hinweise zum Datenschutz und zur Datenweitergabe des BVZ gelesen. (Einzusehen unter <https://www.bvz-info.de/Zweithaarspezialisten/Datenschutz/>)

Ort, Datum	Unterschrift, Stempel (Beitrittserklärung und SEPA-Lastschriftmandat)
------------	---

Einwilligung in die Datennutzung zu weiteren Zwecken:

Sind Sie mit den folgenden Nutzungszwecken einverstanden, kreuzen Sie diese bitte entsprechend an. Wollen Sie keine Einwilligung erteilen, lassen Sie die Felder bitte frei.

- Ich willige ein, dass mir der BVZ postalisch / per E-Mail / Telefon / Fax / SMS* Informationen zu weiteren Produkten und Dienstleistungen zum Zwecke der Werbung übersendet. (* bei Einwilligung bitte Unzutreffendes streichen)
- Ich willige ein, dass der BVZ die von mir angegebenen Kontaktdaten auf seiner Webseite www.bvz-info.de veröffentlicht.

Ort, Datum	Unterschrift, Stempel (Einwilligung in die Datennutzung)
------------	--

Folgende Angaben sind freiwillig 😊:

So bin ich auf den BVZ aufmerksam geworden:

- Kollege/Kollegin
- Kunde/Kundin
- Allgem. Persönliche Empfehlung
- Zeitschrift ZWEITHAARPRAXIS©
- Messe „DIE ZWEITHAAR“
- Internet
- Arzt/Ärztin
- Krankenkasse
- Krankenhaus
- Sonstige _____