

Antrag auf Mitgliedschaft im Aktionsbündnis Patientensicherheit e.V.

Einzelperson (natürliche Person)
Name:
Vorname:
ggf. Titel:
Straße, PLZ, Ort:
E-Mail:
Tel.:

Ich unterstütze das APS als **ordentliches Mitglied**.
Der Jahresbeitrag beträgt **85,00 €**.

oder

Ich unterstütze das APS als **Fördermitglied**
mit einem Jahresbeitrag i. H. v.
(mind. 170,00 €) _____ €

* 35,00 Euro für Auszubildende, Studenten, Rentner und Arbeitslose bei Vorlage einer entsprechenden Bescheinigung.

Die Zahlung des Mitgliedsbeitrags erfolgt per:

- SEPA-Lastschrift (bitte Folgeseite ausfüllen)
- oder
- Überweisung nach Rechnungslegung

Institution/Organisation/Unternehmen (juristische Person)
Name Institution/Organisation/Unternehmen:
vertreten durch (Titel, Vorname, Name):
Position:
Straße:
PLZ, Ort:
Tel.
E-Mail:

Wir unterstützen das APS als **ordentliches Mitglied**.
Der Jahresbeitrag beträgt **500,00 €**

oder

Wir unterstützen das APS als **Fördermitglied**
mit einem Jahresbeitrag i.H.v.
(mind. 1.000,00 €) _____ €

oder

Wir unterstützen das APS als **Premiumpartner**
mit einem Jahresbeitrag i.H.v.
(mind. 5.000,00 €) _____ €

Rechnungsanschrift (falls abweichend):

Für die Mitgliedschaft gelten die Satzung und die Ordnungen des Vereins, insbesondere der Kodex für die Zusammenarbeit mit Wirtschaftsunternehmen sowie die Lizenzvereinbarung zur Nutzung des APS-Logos. Diese erkenne ich mit meiner Unterschrift an. Ich bin mit der Speicherung und Verarbeitung meiner personenbezogenen Daten - wie oben - gemäß Artikel 6 Absatz 1 lit. f EU- Datenschutz-Grundverordnung einverstanden. Die Daten werden nur zu Mitgliedschaftszwecken genutzt und verarbeitet.

.....
Ort, Datum

.....
Unterschrift / bei juristischen Personen zusätzlich Stempel

SEPA-Lastschriftmandat
SEPA Direct Debit Mandate

Sparkasse KölnBonn

Name des Zahlungsempfängers / Creditor name:

Aktionsbündnis Patientensicherheit e.V

Anschrift des Zahlungsempfängers / Creditor address

Straße und Hausnummer / Street name and number:

Alte Jakobstraße 81

Postleitzahl und Ort / Postal code and city:

10179 Berlin

Land / Country:

Deutschland

Gläubiger-Identifikationsnummer / Creditor identifier:

DE53APS00000151402

Mandatsreferenz (vom Zahlungsempfänger auszufüllen) / Mandate reference (to be completed by the creditor):

Ich ermächtige / Wir ermächtigen (A) den Zahlungsempfänger (Name siehe oben), Zahlungen von meinem / unserem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich (B) weise ich mein / weisen wir unser Kreditinstitut an, die vom Zahlungsempfänger (Name siehe oben) 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.

By signing this mandate form, you authorise (A) the creditor (name see above) to send instructions to your bank to debit your account and (B) your bank to debit your account in accordance with the instructions from the creditor (name see above).

As part of your rights, you are entitled to a refund from your bank under the terms and conditions of your agreement with your bank. A refund must be claimed within 8 weeks starting from the date on which your account was debited.

Zahlungsart / Type of payment:

Wiederkehrende Zahlung / Recurrent payment Einmalige Zahlung / One-off payment

Name des Zahlungspflichtigen (Kontoinhaber) / Debtor name:

Anschrift des Zahlungspflichtigen (Kontoinhaber) / Debtor address*

* Angabe freigestellt / Optional information

Straße und Hausnummer / Street name and number:

Postleitzahl und Ort / Postal code and city:

Land / Country:

IBAN des Zahlungspflichtigen (max. 35 Stellen) / IBAN of the debtor (max. 35 characters):

BIC (8 oder 11 Stellen) / BIC (8 or 11 characters):

Hinweis: Die Angabe des BIC kann entfallen, wenn die IBAN des Zahlungspflichtigen mit DE beginnt.
Note: If the creditor's IBAN is beginning with DE, the use of the BIC could be omitted.

Ort / Location:

Datum (TT/MM/JJJJ) / Date (DD/MM/YYYY):

Unterschrift(en) des Zahlungspflichtigen (Kontoinhaber) / Signature(s) of the debtor: