

## BEITRITTSERKLÄRUNG

Herzlich willkommen im Verband medizinischer Fachberufe e.V.!  
Bitte senden Sie Ihre Beitrittserklärung an den

**Verband medizinischer Fachberufe e.V.**

Postfach 10 26 80  
44726 Bochum

oder per Fax an (02 34) 777 28-200

oder per E-Mail an [info@vmf-online.de](mailto:info@vmf-online.de)

(Ihr Beitritt ist auch unter [www.vmf-online.de](http://www.vmf-online.de) möglich.)



Verband medizinischer  
Fachberufe e.V.

Ich erkläre hiermit meinen Beitritt zum Verband medizinischer Fachberufe e.V.  
Die jeweils gültige Satzung erkenne ich an. Ich bin nicht Mitglied einer anderen konkurrierenden Organisation.

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

Straße, Nr. \_\_\_\_\_ Postleitzahl Ort \_\_\_\_\_

Telefon (privat) \_\_\_\_\_ Geburtsdatum \_\_\_\_\_

E-Mail (privat) \_\_\_\_\_

Ich arbeite im Bereich  Human-  Veterinär-  Dentalmedizin  Zahntechnik

Ich bin weiterqualifiziert zur bzw. zum: \_\_\_\_\_

### Mein Monatsbeitrag richtet sich nach der Höhe meines Einkommens.<sup>1</sup>

Ein entsprechender Nachweis ist der Beitrittserklärung beigelegt bzw. wird von mir direkt nachgereicht.<sup>2</sup>  
Auszubildende zahlen grundsätzlich den niedrigsten Beitragssatz von 5,00 EUR monatlich.

Ich bin in der Ausbildung, sie endet im (Monat/Jahr): \_\_\_\_\_

Als neues Mitglied erhalten Sie von uns ein Begrüßungspaket mit vielen wichtigen Informationen über den Verband. Ihre Mitgliedschaft beginnt an dem Tag, an dem Ihre Beitrittserklärung in der Geschäftsstelle eingegangen ist. Ab diesem Zeitpunkt können Sie die satzungsgemäßen Leistungen in Anspruch nehmen bzw. Ihren Beitritt innerhalb von 14 Tagen schriftlich widerrufen, solange Sie noch keine Leistungen in Anspruch genommen haben. Der Mitgliedsbeitrag wird jeweils für den laufenden Monat – erstmals für den Monat des Beitritts – fällig. Die Kündigungsfrist beträgt sechs Wochen zum Ende eines Kalenderhalbjahres. Bitte beachten Sie unsere Hinweise zum Datenschutz auf [www.vmf-online.de](http://www.vmf-online.de). (Stand 03/2023)

Ort, Datum: \_\_\_\_\_ Unterschrift: \_\_\_\_\_

<sup>1</sup> Die Höhe des regulären Mitgliedsbeitrages beträgt 16,00€. Reduzierungen sind möglich. Sie richten sich nach den monatlichen Bruttoeinnahmen des Mitglieds. Die Beitragsstufen A bis D ermöglichen folgende Reduzierungen:  
A) auf 5,00€ bei Bruttoeinnahmen bis 699,99€  
B) auf 9,00€ bei Bruttoeinnahmen von 700,00 bis 1.399,99€  
C) auf 12,00€ bei Bruttoeinnahmen von 1.400,00 bis 2.099,99€  
D) auf 14,00€ bei Bruttoeinnahmen von 2.100,00 bis 2.799,99€  
Auszubildende zahlen 5,00€ monatlich.

<sup>2</sup> Bei Anspruch auf die Reduzierung ist die Höhe der monatlichen Einnahmen mit einem entsprechenden Beleg (z.B. Kopie der Gehaltsabrechnung, Elterngeldnachweis, etc.) in der Geschäftsstelle des Verbandes nachzuweisen. Der Beleg darf nicht älter als 3 Monate sein. Nach der ersten Beitragsfestsetzung muss der Nachweis mindestens einmal im Jahr, spätestens aber bei einer beitragswirksamen Änderung der Einnahmen erfolgen.

(I)

**Bitte beachten Sie unsere Mitgliederwerbemaßnahmen – auch speziell für Auszubildende – auf unserer Website [www.vmf-online.de](http://www.vmf-online.de)!**

Verband medizinischer Fachberufe e.V. ■ Gesundheitscampus-Süd 33 ■ 44801 Bochum

■ Gläubiger-Identifikationsnummer: DE42VMF00000478393 ■ Mandatsreferenz (Mitgliedsnummer): wird separat mitgeteilt

### EINZUGSERMÄCHTIGUNG / SEPA-BASISLASTSCHRIFT-MANDAT

Ich möchte bequem und bargeldlos den monatlichen Mitgliedsbeitrag gemäß aktueller Beitragsordnung bezahlen und ermächtige den Verband medizinischer Fachberufe e.V., Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die vom Verband medizinischer Fachberufe e.V. auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen. Hinweis: Ich kann für die SEPA-Basislastschrift innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Es gelten dabei die mit meinem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen. Zahlungsart: Wiederkehrende Zahlung.

Kontoinhaber\*in (Name, Vorname) \_\_\_\_\_

Straße Nr. \_\_\_\_\_ Postleitzahl Ort \_\_\_\_\_

Kreditinstitut \_\_\_\_\_ BIC \_\_\_\_\_ I \_\_\_\_\_

IBAN \_\_\_\_\_ I \_\_\_\_\_ I \_\_\_\_\_ I \_\_\_\_\_ I \_\_\_\_\_ I \_\_\_\_\_

Die erste Abbuchung erfolgt zum nächsten 15. des Monats. Danach gelten die u.a. Abbuchungstermine. Der bis zum nächsten Abbuchungstermin fällige Beitrag wird bei der 1. Abbuchung mit eingezogen. Zur Verbesserung des Verbraucherschutzes reichen wir die Lastschriften bis zu 6 Tage vor dem Abbuchungstermin bei der Bank ein. Bitte beachten Sie, dass Ihr Einkommensnachweis ggf. nicht berücksichtigt werden kann, wenn dieser nicht rechtzeitig bei uns eingeht. Bitte benachrichtigen Sie uns schriftlich, wenn sich Ihre Bankdaten ändern.

Zahlungsweise (bitte ankreuzen):  monatlich (zum 15. des Monats)  
 vierteljährlich (im Voraus zum 15.01., 15.04., 15.07., 15.10.)  
 halbjährlich (im Voraus zum 15.01., 15.07.)  
 jährlich (im Voraus zum 15.01., abz. 3 Prozent Rabatt auf den Jahresbeitrag)

Ort, Datum \_\_\_\_\_ Unterschrift \_\_\_\_\_