

VDB – Physiotherapieverband Landesverband Niedersachsen - Bremen e. V.



Berufs- und Wirtschaftsverband der Selbständigen
in der Physiotherapie

Beitrittserklärung

Hiermit erkläre/n ich/wir:

Name: _____ Vorname: _____ geb. am: _____

Name: _____ Vorname: _____ geb. am: _____
(bei Praxisgemeinschaften oder Gesellschaften)

den Beitritt meines/unsers Betriebes im VDB-Physiotherapieverband, Landesverband Niedersachsen -Bremen e. V.

Ich/Wir habe/n die Satzung erhalten, erkenne/n sie an und verpflichte/n mich/uns zur Zahlung der Beiträge:

Mitgliedsbeitrag 40,00 €/Monat (Zahlung erfolgt im Quartal). Bei Existenzgründung/Verbandswechsel vergünstigt für 1 Jahr (20,00 €/Monat).

Anschrift Betrieb:

Betriebsname: _____

Straße: _____ PLZ/Ort: _____

Telefon: _____ Mobil: _____

E-Mail: _____ Fax: _____

Kassenzulassung seit: _____ IK-Zeichen: _____

Anschrift privat:

Straße: _____ PLZ/Ort: _____

Telefon: _____ E-Mail: _____

Bitte senden Sie die Post an folgende Anschrift:
(Zutreffendes bitte ankreuzen)

Betrieb

Privat

Mitgliedschaft ab:

Datum und Unterschrift/en

Geschäftsstelle: Neuer Weg 16, 48455 Bad Bentheim, Tel. (05924) 99 74 282, Fax (05924) 99 74 284

E-Mail: vdbnds@t-online.de, **Internet:** www.lv-nds-br.vdb-physiotherapieverband.de

Bankverbindung: Grafschafter Volksbank IBAN DE69 2806 9956 5720 2044 00 BIC GENODEF1NEV