

Mitgliederantrag

Hiermit wird die Mitgliedschaft im Deutsch-Polnischen Gesundheits- und Sozialverband e.V. beantragt:

Organisation/ Unternehmen/ Einrichtung	
Ansprechpartner Vorname, Name	
Anschrift Straße./Nr. / PLZ/Ort	
Telefon	
E-Mail	
Anzahl der Mitarbeitenden in der Organisation/Unternehmen/ Einrichtung	
Höhe des Jahresbeitrags in EUR/ zł	
Ort/ Datum	Unterschrift

Eine Kündigung der Mitgliedschaft muss schriftlich erfolgen und ist zum Ende des Geschäftsjahres mit einer Frist von sechs Wochen möglich. Die Mitgliedsdaten werden vertraulich behandelt. Ich erkläre, die Satzungs- und Beitragsordnung, die auf der Homepage www.dp-gsv.de zu finden sind, ordnungsgemäß gelesen zu haben. Ich stimme den Inhalten zu und werde sie einhalten.

Einzugsermächtigung

Höhe des jährlichen Beitrags in Euro / zł	_____
Name des Kontoinhabers:	_____
BIC:	_____
IBAN:	_____
Name des Geldinstitut:	_____
_____	_____
Ort/Datum	Unterschrift: