



**Arbeitsgemeinschaft für  
nephrologisches Personal e.V.**

AfnP e.V. - Käppelesweg 8 - D-89129 Langenau

**Geschäftsstelle**

Käppelesweg 8  
D-89129 Langenau  
Tel.: 07345 22933  
Fax: 07345 7540

E-Mail: [info@afnp.de](mailto:info@afnp.de)  
Internet: [www.afnp.de](http://www.afnp.de)

**Sparkasse Ulm**

Blz: 630 500 00  
Kto: 210 955 51  
BIC: SOLADES1ULM  
IBAN: DE 85 6305 0000  
0021 0955 51

**Antrag auf Korporative Mitgliedschaft  
in der Arbeitsgemeinschaft für nephrologisches Personal e. V. (AfnP)**

Wir beantragen die korporative Mitgliedschaft in der AfnP und verpflichten uns zur satzungsgemäßen Zahlung des Mitgliedsbeitrages.

Hinweis:

Korporatives Mitglied kann jede Institution oder Firma werden, die die Ziele der AfnP unterstützt. Korporative Mitglieder haben kein Stimm- oder Wahlrecht. Eine vergünstigte Ausstellungsfläche auf dem AfnP- Symposium können nur korporative Mitglieder reservieren. Der jährliche Mitgliedsbeitrag für korporative Mitglieder beträgt zur Zeit € 358,-. Dieser Beitrag ist auch bei nicht Teilnahme an der Ausstellung fällig.

Hinweis zum Datenschutz § 4 Abs. 3 Bundesdatenschutzgesetz (BDSG):

Alle personenbezogenen Daten werden ausschließlich zur Verwaltung der Mitgliedschaft bzw. zu Vereins internen Zwecken genutzt. Eine Weitergabe der Daten ist unzulässig.

**Name der Institution/ Firma mit allen Kontaktdaten:**

Firma .....

Abteilung .....

Str./ Postfach .....

PLZ / Ort .....

Tel. / Fax .....

E-Mail .....

Homepage .....

**Firmen Sitz:** .....

.....

.....



**Eintragung in das Handelsregister Ort / Nr:**

.....

**Geschäftsführer:**.....

.....

**Ansprechpartner für die AfnP mit Kontaktdaten (Name Adresse Fax Tel. : Mail) Funktion :**

.....

.....

.....

.....

**Ansprechpartner für die Kongress Organisation mit Kontaktdaten  
(Name Adresse Fax Tel. : Mail):**

.....

.....

.....

.....

**Mail Adresse für AfnP Newsletter:**

.....

.....

**Lieferanschrift für die Dialyse aktuell (10 Ausgaben):**

.....

.....

.....

.....



**Rechnungsempfänger für den jährlichen Mitgliedsbeitrag**

**Name** .....

.....

**Straße/ Postfach** .....

**PLZ/ Wohnort** .....

**EINZUGSERMÄCHTIGUNG**

Sie erleichtern der AfnP die Arbeit und sparen Portokosten, wenn sie uns eine Einzugsermächtigung erteilen (**zur Zeit nur von dt. Konto möglich**).

Wir sind einverstanden, dass der jährliche Mitgliedsbeitrag bis zum schriftlichen Widerruf vom nachfolgenden Konto abgebucht wird:

Konto-Nr.: \_\_\_\_\_ BLZ: \_\_\_\_\_

Bank: \_\_\_\_\_

IBAN: \_\_\_\_\_ SWIFT-Code: \_\_\_\_\_

**Datum:**

**Unterschrift / Stempel**

