



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
Internet: 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

