

Mitgliedsantrag für den ECET Deutschland e.V.

(Bitte in Druckbuchstaben ausfüllen)

Name Vorname

Geb. - Datum Akad. Grad

Mobil - Telefon

Privatadresse

Straße

PLZ Ort

Telefon Fax

Dienstadresse

Firma / Name der Einrichtung

Abteilung

Straße

PLZ Ort

Telefon Fax

Bitte senden sie die Post an meine Privatadresse Dienstadresse

Post - Emailadresse

Ich bin damit einverstanden, dass die Info – Post des ECET Deutschland e.V. per Email verschickt wird

Ja

Hiermit erkläre ich mich einverstanden, dass meine Adresse in der offiziellen Liste des ECET Deutschland e.V. und des ECET veröffentlicht wird JA Nein

Einzugsermächtigung

Der Mitgliedsbeitrag soll bis auf Widerruf von folgendem Konto abgebucht werden:

Kontonummer Bankleitzahl

Geldinstitut

Kontoinhaber

Unterschrift Kontoinhaber (falls vom Kontoinhaber abweichend)

Mitgliedsformen

Vollmitglied – zur Zeit 90€ Jahresbeitrag (inkl. 10€ für den ECET) plus eine einmalige Bearbeitungsgebühr von 15€. (Enterostomatherapeuten oder Fachkrankenschwester / Krankenpfleger für Stomapflege und Inkontinenz)

Schule Abschlussjahr

Assoziiertes Mitglied – zur Zeit 90€ Jahresbeitrag (inkl. 10€ für den ECET) plus eine einmalige Bearbeitungsgebühr von 15€. (Personen, die im Gesundheitswesen tätig sind, die an den Aktivitäten des ECET Deutschland e.V. interessiert sind.)

Kommerzielles Mitglied – zur Zeit 90€ Jahresbeitrag (inkl. 10€ für den ECET) plus eine einmalige Bearbeitungsgebühr von 15€. (Unternehmen, Vereine und Personen aus der Privatwirtschaft, die die Ziele des ECET Deutschland e.V. unterstützen.)

Datum Unterschrift