

# Aufnahmeantrag

## Willkommen beim DVTA !



Dachverband für Technologen/-innen  
und Analytiker/-innen  
in der Medizin Deutschland e.V.

DVTA  
Dachverband für Technologen/-innen und  
Analytiker/-innen in der Medizin Deutschland e.V.  
Spaldingstraße 110b  
20097 Hamburg

### Bitte ausfüllen!

Frau  Herr  Divers

Vorname	
Nachname	
Geburtsdatum	
Straße / Nr.	
PLZ / Ort / Land	
Telefon/Mobil	
E-Mail	

### Ich wurde geworben durch:

MG-Nummer	
Vorname	
Nachname	

### Abweichende Rechnungsanschrift (Arbeitgeber etc.)

Firma	
Ansprechpartner/in	
Straße / Nr.	
PLZ/Ort	

### Die Kündigungsfrist beträgt- auch für MT-Auszubildende – drei Monate zum Jahresende.

Die Kündigung bedarf zu ihrer Wirksamkeit der Schriftform und muss spätestens bis zum 30.09. des Jahres in der Geschäftsstelle in Hamburg vorliegen. Falschangaben können rechtliche Konsequenzen haben. Mit meiner Unterschrift erkenne ich auch die aktuelle Satzung (abzurufen unter [www.dvta.de](http://www.dvta.de) oder DVTA-Geschäftsstelle, Tel. 040 235117-20) des DVTA an.

Der DVTA verwendet Ihre persönlichen Daten nur für die satzungsmäßigen Zwecke. Mit Ihrer Unterschrift erklären Sie sich mit der Datenschutzerklärung unter <https://dvta.de/datenschutzerklaerung> einverstanden.

--	--

Ort/Datum Unterschrift

### Mitgliedsart / Jahresbeiträge gemäß Satzung (Änderungen vorbehalten)

- Ordentliches Mitglied - 86,00 Euro  
 Außerordentliches Mitglied - 43,00 Euro

(Schriftl. Antrag und Nachweis erforderlich; Elternzeit, Arbeitslose, Rentner, Studierende, MT-Auszubildende)

### Prüfung als MT in der Fachrichtung

- Laboratoriumsanalytik  Veterinärmedizin  
 Radiologie  Funktionsdiagnostik  
 Andere Ausbildung


(voraussichtl. Abschlussjahr)

### Bankverbindung /SEPA Lastschriftmandat (Einzugsermächtigung)

Ich ermächtige den DVTA e.V., Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die vom DVTA e.V. auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen. Hinweis: Ich kann innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Es gelten dabei die mit meinem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

GLÄUBIGER-ID: DE41ZZZ00000865441

Die Mandatsreferenz ergibt sich aus der Gläubiger-ID und Ihrer zukünftigen Mitgliedsnummer.

IBAN

--	--

Ort/Datum

Unterschrift

### Ihre Vorteile.....

1. Bezug der Fachzeitschrift MT im Dialog
2. Rechtliche Beratung
3. Vergünstigte Teilnahme an Fortbildungen
4. und Vieles mehr.....



<https://dvta.de/mitglied-werden/vorteile-fuer-mitglieder>

Bitte senden Sie den ausgefüllten und unterschriebenen Aufnahmeantrag und die ggf. notwendigen Unterlagen per Post an den DVTA oder eingescannt per E-Mail an [mitgliederverwaltung@dvta-ev.de](mailto:mitgliederverwaltung@dvta-ev.de)