



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

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

## AUFNAHMEANTRAG Fördernde Mitgliedschaft

Hiermit erkläre ich meinen Beitritt als förderndes Mitglied zum

\_\_\_\_\_ im DVTA - Dachverband für  
Technologen/-innen und Analytiker/-innen in der Medizin e.V. und  
erkenne die Satzung ([www.dvta.de](http://www.dvta.de)) als verbindlich an.

- Privatperson** (Jahresbeitrag € 86)
- Schule, Unternehmen** (Jahresbeitrag € 344)

Vor- und Nachname / Schule / Unternehmen:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Straße: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

PLZ/Ort: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Tel.-Nr.: \_\_\_\_\_

E-Mail: \_\_\_\_\_

**Schulen / Unternehmen**  
Ansprechpartner/-in:

\_\_\_\_\_

Position Ansprechpartner/in:

\_\_\_\_\_

Ort/Datum

Unterschrift

## Lastschriftverfahren

### 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 \_\_\_\_\_

BIC \_\_\_\_\_

Bank \_\_\_\_\_

Ort/Datum

Unterschrift

### Datenschutz

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