

# BEITRITTSERKLÄRUNG

Staatl. Anerkennung bitte in Kopie beifügen!

Deutscher Verband für  
Physiotherapie (ZVK)

Mitgliedsnummer \_\_\_\_\_  
wird vom LV eingetragen

Länderverbund  
NORDOST E.V.

Region:  Berlin  Brandenburg  Mecklenburg-Vorpommern

Postanschrift: Frau /Herr

Vorname \_\_\_\_\_ Geb.-Datum \_\_\_\_\_

Nachname \_\_\_\_\_

Geburtsname \_\_\_\_\_ ☎ Vorwahl: \_\_\_\_\_

Straße \_\_\_\_\_ Rufnummer: \_\_\_\_\_

PLZ \_\_\_\_\_ Ort: \_\_\_\_\_ Fax-Nummer: \_\_\_\_\_

Ausbildung an der Schule: \_\_\_\_\_ E-Mail-Adresse: \_\_\_\_\_

**Achtung: für Schüler und Primärqualifizierende Studenten/innen gibt es ein gesondertes Beitrittsformular (= außerordentliche Mitgliedschaft)!**

Staatliche Erlaubnis erteilt am: _____		durch: _____		
<b>Statusangaben:</b>	Freiberufler mit eigener Praxis/ oder Fachliche(r) Leiter/in: <input type="checkbox"/>	Angestellte/r: <input type="checkbox"/>	Geringfügig beschäftigt <input type="checkbox"/>	Im Ausland tätig: <input type="checkbox"/>
	Freie/r Mitarbeiter/in: <input type="checkbox"/>	Angestellte/r in Teilzeit (max. 20h): <input type="checkbox"/>	Nicht tätig: <input type="checkbox"/>	Student/in <input type="checkbox"/> (mit abgeschlossener PT-Ausbildung)
+++ Niedergelassene Kollegen (mit eigener Praxis) fügen bitte eine Kopie Ihrer Kassenzulassung bei! +++				
Besondere Zusatzausbildung: _____				

## Anschrift der eigenen Praxis

Name \_\_\_\_\_ ☎ Vorwahl: \_\_\_\_\_

Straße \_\_\_\_\_ Rufnummer: \_\_\_\_\_

PLZ und Ort: \_\_\_\_\_ Fax-Nummer: \_\_\_\_\_

Stadtteil/Bezirk: \_\_\_\_\_

Hiermit erkläre ich ab: \_\_\_\_\_ 01. \_\_\_\_\_

meinen Beitritt als ordentliches Mitglied in den

**Deutschen Verband für Physiotherapie (ZVK)**  
**Länderverbund Nordost e.V.**  
**Müllerstr. 56-58 – 13349 Berlin**  
**Telefon: 030 / 457 99 130**

Zahlungsweise: **Jährlich**  **Halbjährlich**   
(Zutreffendes bitte ankreuzen)

## Wichtiger Hinweis:

Ich habe die Satzung des Länderverbund Nordost e.V. erhalten und erkenne sie an.

Ich bin damit einverstanden, dass meine personenbezogenen Daten im Rahmen der Mitgliedschaft erhoben, verarbeitet & genutzt werden. Dies ist für Erbringung der Verbandsleistungen erforderlich. Als Mitglied haben Sie jederzeit ein Auskunftsrecht über die von Ihnen erhobenen Daten gegenüber dem Berufsverband.

Ort, Datum

Unterschrift

## Erteilung eines SEPA-Lastschrift-Mandats

Wenn Sie uns eine Ermächtigung für den Einzug der Mitgliedsbeiträge per SEPA-Lastschrift erteilen möchten, bitten wir das umseitige Formular auszufüllen und nochmals zu unterschreiben. Wir bitten das **Formular im Original per Post** an uns zurück zu schicken.

Ich wurde von folgendem Mitglied geworben:

Name: \_\_\_\_\_

Mitgliedsnummer: \_\_\_\_\_

<b>SEPA-Lastschrift-Mandat</b>	
<b>Zahlungsempfänger:</b>	Deutscher Verband für Physiotherapie (ZVK), Länderverbund Nordost e.V. Müllerstraße 56-58, 13349 Berlin
<b>Gläubiger-Identifikationsnummer:</b>	DE77ZZZ00001172283
<b>Mandatsreferenz</b> (vom Zahlungsempfänger auszufüllen):	
<p>Hiermit ermächtige ich/ermächtigen wir den Deutschen Verband für Physiotherapie (ZVK), Landesverband Berlin-Brandenburg e.V., Zahlungen von meinem/unseren Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein/wir unser Kreditinstitut an, die vom Deutschen Verband für Physiotherapie (ZVK), Landesverband Berlin-Brandenburg e.V. auf mein/unser Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.</p> <p>Hinweis: Ich kann/wir können innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Es gelten dabei die mit meinem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.</p>	
<b>Leistung/Zahlungsart:</b>	Mitgliedsbeitrag <input type="checkbox"/> wiederkehrende Zahlung
<b>Name des Zahlungspflichtigen (Kontoinhaber):</b>	
<b>Anschrift des Zahlungspflichtigen (Kontoinhaber):</b>	
Straße und Hausnummer: .....	
Postleitzahl und Ort: .....	
Telefon/Emailadresse: .....	
<b>IBAN des Zahlungspflichtigen:</b>	
DE .....	
<b>BIC:</b>	
.....	
<b>Ort /Datum:</b>	
<b>Unterschrift des Zahlungspflichtigen (Kontoinhaber):</b>	

Für die Erteilung eines neuen SEPA-Lastschriftmandats bitte unbedingt das Formular im Original per Post zusenden an:

Deutscher Verband für Physiotherapie (ZVK)  
Länderverbund Nordost e.V.  
Geschäftsstelle  
Müllerstr. 56-58  
  
13349 Berlin