



## Beitrittserklärung

Hiermit erkläre ich meinen Eintritt in den Verband Leitender Orthopäden und Unfallchirurgen Deutschlands e.V. (VLOU e.V.)  
ab \_\_\_\_\_ gemäß der gültigen Satzung.

**Funktion:**                      **Chefarzt**                       **ltd. Oberarzt**                       **operativ**                       **konservativ**

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

Titel: \_\_\_\_\_ Geb. am: \_\_\_\_\_

Klinik/Einrichtung: \_\_\_\_\_

Klinik-Adresse: \_\_\_\_\_

Telefon / Telefax: \_\_\_\_\_ Mobil \_\_\_\_\_

**E-Mail (obligatorisch):** \_\_\_\_\_

Ort, Datum \_\_\_\_\_ Unterschrift \_\_\_\_\_

### Ermächtigung zum Einzug von Forderungen durch SEPA-Lastschrift

Zahlungsempfänger: VLOU e.V.  
Bundesverband  
Schatzmeister Dr. Wilhelm Baur

Kontoinhaber: Name, Privatadresse  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Gläubiger-ID: [DE85ZZZ00001239263](#)

Ich ermächtige Sie widerruflich, den von mir zu entrichtenden Jahresbeitrag für den VLOU e.V. bei Fälligkeit zu Lasten meines Kontos mit der

IBAN \_\_\_\_\_ BIC \_\_\_\_\_

bei \_\_\_\_\_ durch SEPA-Lastschrift einzuziehen.  
genaue Bezeichnung des Kreditinstituts

Das Lastschriftmandat wird durch Ihre Mandatsreferenz-Nummer und die VLOU-Gläubiger-Identifikationsnummer gekennzeichnet.

Ort, Datum \_\_\_\_\_ Unterschrift \_\_\_\_\_

Ich erkläre mich damit einverstanden, dass der VLOU meine persönlichen Daten für Mitgliedsinformationen an mich nutzen darf. Ebenso dürfen meine Adressdaten an Dienstleister, die für den VLOU tätig werden, weitergegeben werden. Eine Weitergabe meiner persönlichen Daten an andere Stellen erfolgt nicht. Über diese Einwilligung kann ich mich jederzeit in der VLOU-Geschäftsstelle informieren lassen und sie widerrufen.

Ort, Datum \_\_\_\_\_ Unterschrift \_\_\_\_\_