

Aufnahmeantrag Fördermitglied

(Bitte in Druckschrift ausfüllen!)

Name, Vorname _____ Geb. _____

Firma _____

Adresse _____

Telefon, Fax _____ E-Mail _____

Fördermitgliedschaft (Zutreffendes bitte ankreuzen!)

- A1** Privatperson (€ 250,-/Jahr)
- A2** Berufsbezogene Einzelpersonen (€ 900,-/Jahr)
- A3** Medical-Wellness-Betriebe (€ 1.200,-/Jahr)
- A4** Verbände, Hochschulen (€ 1.290,-/Jahr)
- A5** Reiseveranstalter (€ 1.500,-/Jahr)
- A6** Produzierende Unternehmen / Beratungsunternehmen

Mitarbeiterzahl	Kosten € / Jahr	X
	auf Anfrage (bitte telefonisch melden!)	

Ich beantrage die Aufnahme ab _____

- Ich entrichte den Fördermitgliedsbeitrag nach Erhalt einer Rechnung.
- Ich erkenne die Satzung des Deutschen Medical Wellness Verbandes e.V. an. (siehe unter: <http://www.dmwv.de/verband/mitgliedschaft.html>)

Eine Kündigung ist nur schriftlich zum Ende eines Kalenderjahres möglich. Im Falle einer Kündigung muss zum Wirksamwerden eine Frist von sechs Kalendermonaten eingehalten werden.

Unterschrift

Datum