

Antrag auf Mitgliedschaft im DIW-MTA e.V.

Ich beantrage gemäß §3 der Satzung die Mitgliedschaft im DIW-MTA e.V. als

- Ordentliches Mitglied** (staatl. Prüfung als MTLA, MTRA, MTAF oder VMTA)
Achtung: Bitte legen Sie als Legitimation eine Kopie Ihrer Urkunde zur Führung der Berufsbezeichnung (Berufsurkunde) bei.
- Außerordentliches Mitglied** (Fördermitglied als natürliche/ juristische Person)
Bitte ggf. bei „Name, Vorname“ die Firmenbezeichnung sowie eine Ansprechperson angeben.

und erkenne die Vereinssatzung des Deutschen Instituts zur Weiterbildung für Technologen/-innen und Analytiker/-innen in der Medizin (DIW-MTA) e.V. an.

Der Mitgliedsbeitrag für ordentliche Mitglieder beträgt derzeit jährlich 45,- EUR, für außerordentliche Mitglieder jährlich 120,- EUR, und wird im ersten Quartal fällig. Die Mitgliedschaft verlängert sich jeweils um ein Kalenderjahr, wenn nicht bis 3 Monate vor Ablauf des Jahres schriftlich gekündigt wird.

Name*	Vorname*
Geburtsdatum*	ggf. Geburtsname
staatliche Prüfung als (Fach/ Jahr/ Ort)*	
Private Anschrift*	
Telefon/ Mobil privat*	E-Mail privat*

* Pflichtfelder

Ort/ Datum

Rechtsverbindliche Unterschrift

Die Vereinssatzung und weitere Formulare stehen unter www.diw-mta.de zum Download zur Verfügung.

SEPA-Lastschriftmandat für die Mitgliedschaft

Gläubiger-Identifikationsnummer DE84ZZZ00000987469

Mandatsreferenz: (wird separat mitgeteilt)

Ich ermächtige das DIW-MTA e.V., den jährlichen Mitgliedsbeitrag als

- Ordentliches Mitglied**
- Außerordentliches Mitglied**

von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die vom DIW-MTA 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. Analytiker/-innen in der Medizin (DIW-MTA) e.V. an.

Vorname und Nachname (Kontoinhaber)																	
Straße und Hausnummer																	
Ort										PLZ							
Bankinstitut																	
D	E																
IBAN																	
BIC																	
Ort										Datum ▶							
										T	T	.	M	M	.	J	J

Unterschrift

Dieses Lastschriftmandat ist nur in Verbindung mit einem gültigen Mitgliedsantrag gültig.