

Fachverband Biomedizinische Technik e.V.  
Rischenweg 23  
37124 Rosdorf

## Aufnahmeantrag als persönliches Mitglied in den fbmt e.V.

**bitte maschinell ausfüllen und unterschrieben per Fax, als E-Mailanhang oder Post zurücksenden**

Anrede:  Titel:  Vor- und Nachname:   
Geb.datum:  Arbeitgeber:

### Privatanschrift:

Straße:   
PLZ/Ort:   
(Zusatz):   
Telefon:  Fax:   
Land:   
E-Mail:   
Internet:

Alle Post an diese Anschrift

Ich zahle den Beitrag selbst.

### Angaben zum Beruf:

Aufgabe:   
Fachgebiet:   
Stellung:

### Dienstanschrift:

Straße:   
PLZ/Ort:   
(Zusatz):   
Telefon:  Fax:   
Land:   
E-Mail:   
Internet:

Alle Post an diese Anschrift

Mein Arbeitgeber zahlt den Beitrag.

### Details für Rechnungen:

Hauptansprechpartner:   
Abteilung:   
Telefon:  Fax:   
E-Mail:   
Straße:   
PLZ/Ort:

Die Mitgliedschaft erfolgt auf Basis der gültigen Satzung des fbmt e.V. Der Mitgliedsbeitrag unterliegt dem Beschluss der Mitgliederversammlung und wird zu Beginn eines jeden Kalenderjahres in Rechnung gestellt. Die Mitgliedschaft verlängert sich um jeweils das folgende Jahr, sofern nicht spätestens sechs Wochen vor Jahresende die Kündigung erfolgt.

Mitgliedschaft (bitte den Betrag rechts ankreuzen)	Krankenhaus Technik & Management im Preis enthalten	Zusätzlich Abonnement mt - medizintechnik
Ordentlich	<input type="checkbox"/> 95,00 €	<input type="checkbox"/> 130,00 €
Ordentlich mit Doppelmitgliedschaft* (bitte Nachweis beifügen)	<input type="checkbox"/> 85,00 €	<input type="checkbox"/> 120,00 €
Studierend/Schüler (bitte Nachweis beifügen)	<input type="checkbox"/> 35,00 € (enthält KTM und mt)	

\* bitte ankreuzen:  AMH  femak  FKT  Förderkreis Tech. Gesundheitswesen  VDI

Ich bin damit einverstanden, dass meine Daten zum Zweck der Mitgliederverwaltung digital gespeichert und meine Adresse im Mitgliederverzeichnis verbandsintern veröffentlicht wird. Wenn Sie den Beitrag selbst zahlen wird dieser per Lastschrift eingezogen. Bitte füllen Sie dazu das Formular für die Einzugsermächtigung auf der zweiten Seite aus.

Ort:  Datum:  \_\_\_\_\_  
Unterschrift

Rischenweg 23  
37124 Rosdorf

Telefon: 0551 - 50368740  
Fax: 0551 - 50368741  
geschaeftsstelle@fbmt.de  
www.fbmt.de

**Gläubiger-Identifikationsnummer: DE20 ZZZO 0000 5375 71**  
**Die Mandatsreferenz wird Ihnen gesondert mitgeteilt**

## SEPA Lastschriftmandat

Ich ermächtige den fbmt e.V., Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen.  
Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die vom fbmt e.V. 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.

**Vorname und Name:**

\_\_\_\_\_

**Straße und Hausnummer:**

\_\_\_\_\_

**PLZ/Ort:**

\_\_\_\_\_

**Kreditinstitut:**

\_\_\_\_\_

**BIC:**

\_\_\_\_\_|\_\_\_\_\_|\_\_\_\_\_

**IBAN:**

\_\_\_\_\_|\_\_\_\_\_|\_\_\_\_\_|\_\_\_\_\_|\_\_\_\_\_|\_\_\_\_\_|\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Ort:

\_\_\_\_\_  
Datum:

\_\_\_\_\_  
Unterschrift: