



VERBAND PHOTOMEDIZIN UND BESONNUNG E.V.

FAX 076 42.60 00

Machen Sie mit beim  
Photomed-Verband.

## AUFNAHMEANTRAG

Antrag auf Erwerb der Mitgliedschaft im PHOTOMED  
Verband Photomedizin und Besonnung E.V.

Hiermit beantrage ich Mitglied des PHOTOMED Verbandes Photomedizin und Besonnung e.V. zu werden, und zwar in der Fachgruppe (bitte ankreuzen):

- Sonnenstudiobetreiber       Händler       Hersteller

Die durch die Mitgliederversammlung festgelegten Jahresbeiträge betragen:

- |   |      |         |
|---|------|---------|
| <input type="checkbox"/> Jahresmitgliedsbeitrag für 1 - 3 Studios | Euro | 230,00  |
| <input type="checkbox"/> ab 4 Studios                             | Euro | 260,00  |
| <input type="checkbox"/> Jahresmitgliedsbeitrag Händler           | Euro | 440,00  |
| <input type="checkbox"/> Jahresmitgliedsbeitrag Hersteller        | Euro | 1550,00 |
| <input type="checkbox"/> Aufnahmegebühr (einmalig)                | Euro | 40,90   |

Der Jahresmitgliedsbeitrag wird anteilig nach den vollen Monaten des Kalenderjahres berechnet, die dem Antragsdatum folgen.

Hiermit ermächtige ich Sie widerruflich, den Beitrag/die Aufnahmegebühr bei Fälligkeit zu Lasten meines Girokontos Nr. \_\_\_\_\_ Bankleitzahl \_\_\_\_\_

bei dem Kreditinstitut (genaue Bezeichnung) \_\_\_\_\_

durch Lastschrift einzuziehen.

Name, Vorname \_\_\_\_\_

Geburtstag- und Ort \_\_\_\_\_

Geschäftsanschrift \_\_\_\_\_

Telefon \_\_\_\_\_ Telefax \_\_\_\_\_

Privatanschrift \_\_\_\_\_

Telefon \_\_\_\_\_

Anzahl weiterer Studios \_\_\_\_\_

Falls handelsgerichtlich eingetragen, genaue Firmenbezeichnung, HR-Nr. und Amtsgericht:

\_\_\_\_\_

Datum

Unterschrift

Stempel