Bundesverband Gesundheitsstudios Deutschland (BVGSD) e.V., Marie-Curie-Str. 3, 50321 Brühl
Tel: +49 2232-7013320 (Geschäftsstelle), Web: www.bvgsd.de, E-Mail: info@bvgsd.de
Vorsitzender: Prof. Dr. Theodor Stemper
1. Stellv. Vorsitzender: Botond Mezey (Dipl. Ing TU), 2. Stellv. Vorsitzender: Martin Wurzel
Amtsgericht Bonn, Registerblatt VR 9773

Beitrittserklärung

Bundesverband Gesundheitsstudios Deutschland (BVGSD e.V.)
Marie-Curie-Str. 3, 50321 Brühl

Hiermit beantrage ich mit folgendem Gesundheitsstudio die Mitgliedschaft im **BVGSD e.V.**

Name des Studios:	
Anlagenart:	
Gesellschaftsform:	

☐ **Inhaber/in** ☐ **Geschäftsführer/in** (Zutreffendes bitte ankreuzen)

Anrede (ggf. Titel):	
Vorname:	
Nachname:	
Geburtsdatum: (TT[MM[JJJJ)	[[
Straße, Hausnummer:	
PLZ, Ort:	

Kontatktdaten

Telefon-Nr. Festnetz:		Mobil-Nr.:	
E-Mail (persönlich):			
Webseite (www):			

Art der Mitgliedschaft

Ich beantrage die Mitgliedschaft mit dem dazugehörigen Mitgliedsbeitrag (der Beitrag ist spätestens zum 3. Werktag jeden Monats fällig) als:

- ☐ Erststudio 80,- EUR (monatlich)
- ☐ Zweites Studio 60,- EUR (monatlich)
- ☐ Drittes oder weiteres Studio 30,- (monatlich)
- ☐ Fördermitglied (Person, Institution) 60,- EUR (monatlich)
- ☐ Kooperationspartner (Unternehmen) 1500,- EUR,- (jährlich)

Die Mitgliedschaft erstreckt sich über zwei Jahre vom Eintrittsdatum an. Sie verlängert sich jeweils automatisch um 6 Monate, wenn sie nicht vier Wochen vor Ablauf der Mitgliedschaft schriftlich gekündigt wird.

_____

Ort, Datum Unterschrift/Stempel

Bundesverband Gesundheitsstudios Deutschland (BVGSD) e.V., Marie-Curie-Str. 3, 50321 Brühl
Tel: +49 2232-7013320 (Geschäftsstelle), Web: www.bvgsd.de, E-Mail: info@bvgsd.de
Vorsitzender: Prof. Dr. Theodor Stemper
1. Stellv. Vorsitzender: Botond Mezey (Dipl. Ing TU), 2. Stellv. Vorsitzender: Martin Wurzel
Amtsgericht Bonn, Registerblatt VR 9773

SEPA-Lastschriftmandat

Hiermit ermächtige ich den BVGSD e.V., Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die vom BVGSD 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.
Die Daten werden vom BVGSD e.V. während der Mitgliedschaft auf elektronischen Datenträgern gespeichert. Mit dieser Maßnahme bin ich einverstanden.

Gläubiger-Identifikationsnummer: **DE55ZZZ00001415664**

Mandatsreferenz:	*wird Ihnen noch mitgeteilt*
Kontoinhaber:	
Kreditinstitut:	
IBAN:	|__|__|__|__| |__|__|__|__| |__|__|__|__| |__|__|__|__| |__|__|__|__| |__|__|
BIC :	

_____

Ort, Datum Unterschrift/Stempel

Datenschutz / Einwilligungserklärung

Die Datenschutzinformationen gemäß Artikel 13 bis 14 DSGVO, veröffentlicht unter www.bvgsd.de, habe ich gelesen und zur Kenntnis genommen.

☑ Ich möchte von den vom BVGSD e.V. ausgehandelten Rabatten (z.B. GEMA, VG Media) profitieren. Zu diesem Zweck erteile ich meine Einwilligung zur Weitergabe meiner Daten an die Kooperationspartner. Diese Einwilligung kann ich jederzeit widerrufen.

☑ Ich stimme der Veröffentlichung meines Namens und meiner Studiodaten sowie der dazugehörigen Fotos und Abbildungen in Print- und elektronischen Medien zu.

☑ Mit meiner Unterschrift erkenne ich die Satzung und die Ordnungen des BVGSD e.V. in ihrer jeweils gültigen Fassung an.

_____

Ort, Datum Unterschrift/Stempel