**Berufsverband Medizinischer Informatiker e.V.**

- Geschäftsstelle-

Oberlinstrasse 26

41239 Mönchengladbach

Telefon: +49 (0)2166 – 2171148 | Fax: +49 (0)2166 - 134545

**Bitte beim elektronischen Ausfüllen des Formulars mit der TAB-Taste weiter springen**

**Einzugsermächtigung**

**Name**:

**Vorname**:

Straße, Hausnummer:

PLZ Ort:

Mitgliedsnummer:

Hiermit ermächtige ich den BVMI widerruflich, den von mir zu leistenden Mitgliedsbeitrag bei Fälligkeit zu Lasten meines nachfolgend aufgeführten Kontos einzuziehen.

Kontoinhaber:

Kontonummer:       BLZ:

IBAN:       SWIFT/BIC:

Kreditinstitut:

**Einverständnis zur Datenspeicherung**

Ich bin davon unterrichtet und damit einverstanden, dass meine Daten für vereinsinterne Verwaltungsangelegenheiten elektronisch gespeichert werden. Ich habe die Datenschutzerklärung des BVMI unter der Url

<https://bvmi.de/datenschutzerklaerung>

zur Kenntnis genommen und erkläre mit meiner Unterschrift ausdrücklich mein Einverständnis.

**Ort, Datum Unterschrift**