

Antrag „FÖRDERMITGLIEDSCHAFT“

Bitte deutlich lesbar ausfüllen, Zutreffendes bitte ankreuzen

SBCB

Society for Blood Concentrates and Biomaterials

Hiermit möchte ich mit Wirkung zum Monatsersten des Folgemonats nach Antragsdatum förderndes Mitglied der Society for Blood Concentrates and Biomaterials (SBCB) e.V. werden.

Die Mitgliedschaft beinhaltet vergünstigte Teilnahmegebühren für SBCB-Kurse sowie für den International Blood Concentrate Day (siehe Rückseite).

<input type="checkbox"/>	Zahnarzt/-ärztin, MKG-, Oralchirurg*in, Arzt/Ärztin (eigene Praxis)	249,00 Euro
<input type="checkbox"/>	Zahnarzt/-ärztin, MKG-, Oralchirurg*in, Arzt/Ärztin, Wissenschaftler*in (in Anstellung)	99,00 Euro
<input type="checkbox"/>	Zahnarzt/-ärztin, MKG-, Oralchirurg*in, Arzt/Ärztin (in Weiterbildung)	49,00 Euro
<input type="checkbox"/>	Helfer*in (ZFA, ZMA u.Ä.)	19,00 Euro
<input type="checkbox"/>	Studierende	beitragsfrei

Ermächtigung zum Lastschriftinzug

Ich ermächtige SBCB e.V. hiermit widerruflich, die von mir zu entrichtenden Zahlungen bei Fälligkeit zu Lasten meines Kontos mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von SBCB eingezogene Lastschrift einzulösen. Wenn mein Konto die erforderliche Deckung nicht aufweist, besteht keine Verpflichtung zur Einlösung seitens des kontoführenden Kreditinstitutes.

Fördermitgliedsbeitrag*
(Beitragsjahr = Kalenderjahr)

NAME VORNAME
 HERR FRAU TITEL GEBURTSDATUM

SBCB-Gläubiger-Identifikationsnr.:
DE19ZZZ00002455279
Die Mandatsreferenz wird Ihnen separat mitgeteilt.

STRASSE
LAND POSTLEITZAHL ORT
TELEFON EMAIL

IBAN
BIC-SWIFT
BANK

STRASSE
LAND POSTLEITZAHL ORT
TELEFON EMAIL

KONTOINHABER:IN (Name, Vorname)
Änderungen meiner Bankverbindung werde ich SBCB unaufgefordert mitteilen, anderenfalls alle SBCB dadurch entstehenden Kosten ersetzen.

Bei Nicht-Erteilung der Einzugsermächtigung wird eine Bearbeitungsgebühr in Höhe von € 10,00 fällig. Sie erhalten nach Eingang des Antrags eine Rechnung.

Ort, Datum
 Unterschrift

Ort, Datum
 Unterschrift Kontoinhaber:in

EINWILLIGUNG DATENVERARBEITUNG

- Ich bin damit einverstanden, dass meine Daten zur Betreuung im Rahmen der Förderkreis-Mitgliedschaft, ggf. auch unter Einsatz von Dienstleistern verarbeitet und genutzt werden.
Die Erhebung, Verarbeitung und Nutzung meiner Daten erfolgt auf freiwilliger Basis.
Ich kann mein Einverständnis jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen. Die Widerrufserklärung richte ich an: info@sbc-community.com bzw. SBCB e.V., Hängelstraße 2, 60435 Frankfurt.
Im Fall des Widerrufs werden mit dem Zugang meiner Widerrufserklärung meine Daten bei SBCB e.V. gelöscht. Rechtsgrundlage ist Art. 6 Abs. 1 lit.b DSGVO (Umsetzung der Rechte und Pflichten der Mitgliedschaft entsprechend der Satzung der SBCB e.V.).
- Ja, ich möchte über Neuigkeiten der SBCB informiert bleiben und bin damit einverstanden, dass meine Emailadresse in den SBCB-Emailverteiler aufgenommen wird. Ich kann jederzeit ohne Angabe von Gründen von meinem Widerspruchsrecht Gebrauch machen und die erteilte Einwilligungserklärung mit Wirkung für die Zukunft abändern oder gänzlich widerrufen (postalisch oder per Email).

Ort, Datum Unterschrift

Per Post senden an: SBCB e.V., Hängelstraße 2, 60435 Frankfurt oder als Scan per Email an: info@sbc-community.com. Vielen Dank!

! → bitte wenden !

Als Fördermitglied der SBCB profitieren Sie von folgenden Vorteilen:

- **10% -Nachlass auf die Teilnahmegebühr jedes weiteren SBCB-Kurses****
- **10% -Nachlass auf die Teilnahmegebühr des International Blood Concentrate Day (kostenfreie Teilnahme an Workshops im Rahmen des International Blood Concentrate Day)**
- **Vergünstigungen im SBCB-Onlineshop (sobald verfügbar)**
- **Netzwerkmöglichkeiten: Erfahrungs- und Ideenaustausch mit führenden Experten, Kollegen und Gleichgesinnten, Networking**
- **exklusive Zoom-Meetings (fachliche Updates)**
- **aktive Mitgestaltung von Standards in der zahnärztlichen Praxis**

**Die rabattierte Teilnahmegebühr ist nicht mit anderen Nachlässen kombinierbar. Sie gilt für die gesamte Dauer der Mitgliedschaft. Mehrfache Kursteilnahme ist möglich.

Allgemeine Hinweise

1. Fördernde Mitglieder werden als nicht-stimmberechtigte Vereinsmitglieder geführt.
2. Die Mitgliedschaft ist nicht übertragbar.
3. Bei Antragstellung im letzten Quartal eines Jahres erhalten Sie einen Gutschein in Höhe von € 75,00, der auf die Teilnahmegebühr an einem der SBCB-Kurse angerechnet werden kann. Für den International Blood Concentrate Day gilt dieser Gutschein nicht.
4. Die Entscheidung über den Übergang einer Fördermitgliedschaft in eine ordentliche Mitgliedschaft obliegt dem Vereinsvorstand. Für Mitglieder, welche nicht am Bankeinzugsverfahren teilnehmen, wird eine Verwaltungspauschale in Höhe von € 10,00 p.a. erhoben.
5. Im Sinne der Nachhaltigkeit wird die Mitglieder-Kommunikation primär elektronisch über die angegebene Email-Adresse ausgeführt.
6. SBCB e.V. ist ein gemeinnütziger Verein (VR-Nr. 16848, Amtsgericht Frankfurt am Main-Registergericht, 13.Juli 2021).
7. Die Daten werden mittels EDV erfasst und bearbeitet.

*Juristische Person: (zahn-)ärztliche Berufsvertretungen, Unternehmen aus dem Gesundheitsbereich, Vereine & sonstige korporative Mitglieder richten ihre Anfrage bezüglich einer Fördermitgliedschaft bitte unter Angabe einer Emailadresse & Telefonnummer per Email an: info@sbc-community.com.