



Beitrittserklärung Seite 1 von 2

Hiermit erkläre ich meinen Beitritt zum Verband für Osteopathie und Manuelle Medizin e.V. (VOMM)

Vorname* & Name*	
Geburtsdatum* & Nationalität	
PRIVAT – Straße & Hausnummer*	
PRIVAT – Postleitzahl* & Ort*	
PRIVAT – Telefon* & Mobil	
PRIVAT – E-Mail*	
PRAXIS – Straße & Hausnummer*	
PRAXIS – Postleitzahl* & Ort*	
PRAXIS – Telefon* & Mobil	
Praxis – E-Mail	
Berufliche Qualifikation*	
Fortbildungsabschlüsse*	

* Pflichtfelder

VOMM – Verband für Osteopathie und Manuelle Medizin e.V.

Bruder-Klaus-Straße 8 D-78467 Konstanz
Tel. +49 (0) 7531 50049 Fax +49 (0) 7531 50044
info@vomm-online.de www.vomm-online.de



Beitrittserklärung Seite 2 von 2

Einwilligung Datenschutz & Therapeutenliste

Ich erfülle die vom VOMM festgelegten Voraussetzungen und wünsche die Aufnahme meines Namens und der Praxisdaten in die Therapeutenliste des VOMM, die sowohl über das Internet veröffentlicht (www.vomm-online.de), als auch an Patienten weitergegeben wird. Ich kann diese Einwilligung ganz oder teilweise jederzeit grundlos für die Zukunft widerrufen.

Die Datenschutzverordnung sowie die Satzung des VOMM (ebenfalls abrufbar unter www.vomm-online.de) habe ich zur Kenntnis genommen.

Ort & Datum*

Unterschrift*

Einzugsermächtigung

Der Jahresbetrag von 150,00 € (Ordentliche Mitglieder), 100,00 € (Fördernde Mitglieder) oder 50,00 € (Außerordentliche Mitglieder), wird per Einzugsermächtigung eingezogen. Hiermit ermächtige ich den VOMM widerruflich, den von mir zu entrichtenden Jahresbeitrag mittels Lastschrift von meinem Konto abzubuchen. Hierzu ist es zwingend erforderlich, das Formular »SEPA-Lastschriftmandat« ausfüllen. Sollte mein Konto keine erforderliche Deckung aufweisen, besteht seitens des kontoführenden Instituts keine Verpflichtung zur Einlösung. Rücklastschriften (inkl. der Gebühren) werden von mir getragen, wenn sie durch verspätete oder unterlassene Änderungsmeldungen oder Übermittlungsfehler entstanden sind. Die Einzugsermächtigung erlischt mit dem Ende der Mitgliedschaft im VOMM.

Ort & Datum*

Unterschrift*

Mit Ihrer Unterschrift bestätigen Sie außerdem, dass Sie unsere AGB verstanden und akzeptiert haben.

* Pflichtfelder