

## Beitrittserklärung

Ich möchte in das Netzwerk Ernährungsmedizin Baden-Württemberg (NEBW) als Mitglied aufgenommen werden:

Titel	Geburtsdatum
Name	Vorname
Beruf	Institution
Straße/Nr	PLZ/Ort
Telefon	Fax
e-mail Adresse	Homepage

### EINZUGSERMÄCHTIGUNG:

Kontoinhaber .....

Bankverbindung .....

Kontonummer..... BLZ .....

- Ich ermächtige das Netzwerk Ernährungsmedizin Baden-Württemberg den fälligen Mitgliedsbeitrag zu Lasten meines Bankkontos einzuziehen. Änderungen von Bankverbindung oder Adresse werde ich rechtzeitig dem Verein mitteilen.
- Durch meine Unterschrift erkenne ich die Satzung sowie die Beitragsordnung des Netzwerkes Ernährungsmedizin Baden-Württemberg an.
- Mit einer Veröffentlichung meiner Daten auf der Homepage des Netzwerkes Ernährungsmedizin Baden-Württemberg bin ich einverstanden.

Der jährliche Mitgliedsbeitrag beträgt derzeit für:

- Ärzte, Psychologen € 30,-
- Ernährungsfachkräfte (z.B. Diätassistenten / Oecotrophologen) € 15,-
- Sonstige (Bewegungstherapeuten, ...) € 15,-

Ort / Datum

Unterschrift

Das ausgefüllte Formular bitte originalunterschrieben per Post an:

**An den  
Vorstand des Netzwerkes Ernährungsmedizin  
Baden-Württemberg  
c/o Klinik Hohenfreudenstadt  
Tripsenweg 17**

**72250 Freudenstadt**