

# Mitgliedsantrag für Unternehmen

---

Unternehmen:

Ansprechpartner:

Titel / Position im Unternehmen:

Straße, Hausnummer (beruflich):

PLZ, Wohnort (beruflich):

Telefonnummer:

E-Mail-Adresse:

Branche (Bitte eine oder mehrere ankreuzen):

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Medizintechnik             | <input type="checkbox"/> Medien und Kommunikation |
| <input type="checkbox"/> Pharma                     | <input type="checkbox"/> Sport und Fitness        |
| <input type="checkbox"/> Nahrungsergänzung          | <input type="checkbox"/> Aus- und Weiterbildung   |
| <input type="checkbox"/> Heil- und Hilfsmittel      | <input type="checkbox"/> Dienstleistung           |
| <input type="checkbox"/> Lebensmittel und Ernährung | <input type="checkbox"/> Apotheken                |
| <input type="checkbox"/> Körperpflege und Kosmetik  | <input type="checkbox"/> Pflege und Betreuung     |

- Ich bin damit einverstanden, dass das Logo meines Unternehmens im Partnerbereich des DOUV zusammen mit einer Kurzbeschreibung angezeigt wird.  
(Bitte Logo und Kurzbeschreibung separat einreichen.)

Die Kommunikation des DOUV erfolgt ausschließlich elektronisch.

Sie können Ihr Einverständnis zur Nutzung Ihrer E-Mail-Adresse jederzeit widerrufen.

# Mitgliedsantrag für Unternehmen

---

Mit dem Absenden meiner Daten beantrage ich die kostenpflichtige Mitgliedschaft beim DOUV zum Preis von 1.200 € zzgl. MwSt. pro Jahr. Ich akzeptiere die Datenschutzhinweise. Die Zahlung erfolgt zu Beginn des jeweiligen Kalenderjahres.

Bitte wählen Sie Ihre bevorzugte Zahlungsart:

- Rechnung – Ich erhalte zu Jahresbeginn eine Rechnung zur Überweisung.
- SEPA-Lastschrift – Der Betrag wird automatisch eingezogen. (Bitte untenstehendes SEPA-Lastschriftmandat ausfüllen)

## SEPA-Lastschriftmandat (falls noch nicht erteilt):

Gläubiger-Identifikationsnummer des DOUV: DE19ZZZ00000252603

Hiermit ermächtige den DOUV, Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die vom DOUV auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

Kontoinhaber:

IBAN:

BIC:

Kreditinstitut:

Ort, Datum:

---

Unterschrift:

---