

Aufnahmeantrag zum _____
bitte Datum eintragen

Mitgliedsnummer:* _____
*vom Verband einzutragen

Persönliche Daten

Name Vorname Geburtsdatum

Straße, Hausnummer PLZ Ort

Telefonische Erreichbarkeit Erreichbarkeit privat E-Mail

Praxisadresse / Adresse des Hauptsitzes der Praxis

Name der Praxis Bundesland

Ansprechpartner*in

Straße, Hausnummer PLZ Ort

Praxisstandort / IK-Nummer

Ort IK

Ort IK

Ort IK

Mit meiner Unterschrift erkenne ich Satzung, Beitragsordnung und Datenschutzvereinbarung des Vereins LOGO Deutschland Selbstständige in der Logopädie e.V. (LD) in der jeweils gültigen Version (www.logo-deutschland.de) an. Zusätzlich bin ich einverstanden, dass LD mir Informationen per Mail und ggf. auch per Briefpost zukommen lässt.

Ich bin mit der Registrierung auf der LD-Website einverstanden, um die angebotenen internen Informationen abrufen zu können. Die dazu eingegebenen Daten (E-Mailadresse, Vor- und Nachname) werden nur zum Zwecke der Registrierung verwendet. Für wichtige Änderungen etwa beim Angebotsumfang oder bei technisch notwendigen Änderungen werde ich über die von mir in diesem Formular angegebene E-Mail-Adresse informiert.

Die Verarbeitung der bei der Registrierung eingegebenen Daten erfolgt auf Grundlage meiner Einwilligung (Art. 6 Abs. 1 lit. a DSGVO).

Die bei der Registrierung erfassten Daten werden von LD gespeichert, solange ich auf der Website registriert bin und werden anschließend gelöscht. Gesetzliche Aufbewahrungsfristen bleiben unberührt.

Ich kann eine von mir erteilte Einwilligung jederzeit widerrufen. Dazu reicht eine formlose Mitteilung per E-Mail an mitgliederverwaltung@logo-deutschland.de. Die Rechtmäßigkeit der bereits erfolgten Datenverarbeitung bleibt vom Widerruf unberührt.

Ort, Datum Unterschrift

Beiträge

Beitragsart (Beitragshöhe bei jährlicher Zahlung)

	Mindestbeitrag	Freiwilliger Mitgliedsbeitrag in Höhe von:			
Einzelunternehmen	300,00 €	350,00 €	400,00 €	450,00 €	500,00 €
Bitte ankreuzen					
Juristische Person	366,00 €	400,00 €	450,00 €	500,00 €	
Bitte ankreuzen					
Neugründungen	150,00 €				
Bitte ankreuzen					
Fördermitglied/unterstützende Mitglieder	72,00 €	100,00 €	150,00 €	200,00 €	
Bitte ankreuzen					

Erforderlicher Mitgliedsstatus laut Beitragsordnung (bitte ankreuzen)

Einzelinhabende (persönlich haftend): Einzelmitgliedschaft

Praxisgemeinschaften: Einzelmitgliedschaft

Jedes Mitglied einer Praxisgemeinschaft arbeitet wirtschaftlich unabhängig von den anderen Mitgliedern einer Praxisgemeinschaft mit einem eigenen Institutionskennzeichen, eigener Haftung, eigener Anerkennung des jeweils gültigen Rahmenvertrags und der Erstellung einer eigenen Gewinn- und Verlustrechnung (G&V). Von daher ist eine Einzelmitgliedschaft folgerichtig.

Gemeinschaftspraxen: Mitgliedschaft als Juristische Person

Die Mitglieder einer Gemeinschaftspraxis agieren ausschließlich gemeinsam und sind auch wirtschaftlich abhängig voneinander. Sie führen ein gemeinsames Institutionskennzeichen und haben gemeinsam den jeweils gültigen Rahmenvertrag anerkannt. Wirtschaftlich bilden die Mitglieder einer Gemeinschaftspraxis eine Einheit. Sie erstellen eine gemeinsame Gewinn- und Verlustrechnung (G&V) und haften entsprechend.

Ausnahme: Möglichkeit der Einzelmitgliedschaft

Sofern sich ein Mitglied einer Gemeinschaftspraxis anmeldet und dies in eigenem Namen tut, dann muss diese Anmeldung aus vorgenannten Gründen als juristische Person erfolgen, unabhängig von der Regelung im Innenverhältnis. Auf Wunsch können mindestens zwei Inhaber*innen einer Gemeinschaftspraxis jeweils Einzelmitglied werden, um ein persönliches Stimmrecht ausüben zu können.

SEPA-Lastschriftmandat

Ich ermächtige LOGO Deutschland e.V. (Gläubiger-Identifikationsnummer DE94ZZZ00001529422), fällige Mitgliedsbeiträge von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von LOGO Deutschland e.V. auf mein Konto gezogene Lastschriften einzulösen. Bei Eintritt im laufenden Kalenderjahr wird der Beitrag auf die Monate der Mitgliedschaft reduziert.

Hinweis: Ich kann innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Es gelten dabei die mit meinem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

Gewünschte Zahlweise bitte kennzeichnen

jährlich

halbjährlich
(+3% Bearbeitungsgebühr)

vierteljährlich
(+5% Bearbeitungsgebühr)

Name Kontoinhaber*in

Bank

DE _____
IBAN

BIC

Ort, Datum

Unterschrift