

Das ist die Deutsche Venen-Liga e.V.

Die Deutsche Venen-Liga e.V. (DVL) hat es sich seit ihrer Gründung am 8. Juni 1988 durch Gustav Saam zur Aufgabe gemacht, Patienten über die Volkskrankheit Krampfadern gut zu informieren. Der gemeinnützige Verein ist im regelmäßigen Austausch mit Fachärzten, besucht Fachkongresse und begleitet wissenschaftliche Studien.

Die DVL gibt Patienten, behandelnden Ärzten und Krankenkassen neueste Informationen über moderne Behandlungsmöglichkeiten in Diagnostik und Therapie. Sie informiert über Möglichkeiten der Vorsorge und Risikominimierung von Krampfadern, Besenreisern und weiteren auch im Rahmen des betrieblichen Gesundheitsmanagements.

Große Bedeutung hat der Deutscher Venentag®, der seit 2003 jährlich im April unter Beteiligung von Apotheken, Sanitätshäusern, Arztpraxen, Krankenkassen und Kliniken bundesweit stattfindet.



Vorteile für unsere Mitglieder

- Kostenlose Zusendung des Venen-Spiegels (erscheint 2x jährlich)
- Kostenlose Beratung und Information rund um die Themen Venenerkrankungen und Venengesundheit
- Zugang zu weiteren Beratungsmöglichkeiten durch die Kooperation mit Das PatientenForum e.V.

Mitgliedsbeitrag: 12,50 Euro jährlich

Mitgliedschaft

Hiermit beantrage ich die Mitgliedschaft in der Deutschen Venen-Liga e.V., Bad Bertrich

Name:

Vorname:

Straße:

PLZ/Ort:

Geburtsdatum:

Ja, ich möchte am Lastschriftverfahren teilnehmen, s. Rückseite.

Datum:

Unterschrift:

SEPA-Lastschriftmandat SEPA Direct Debit Mandate

Name des Zahlungsempfängers / Creditor name:

Deutsche Venen-Liga e.V

Anschrift des Zahlungsempfängers / Creditor address

Straße und Hausnummer / Street name and number:

Sonnenstr. 6

Postleitzahl und Ort / Postal code and city:

56864 Bad Bertrich

Land / Country:

Deutschland

Gläubiger-Identifikationsnummer / Creditor identifier:

Mandatsreferenz (vom Zahlungsempfänger auszufüllen) / Mandate reference (to be completed by the creditor):

Ich ermächtige / Wir ermächtigen (A) den Zahlungsempfänger **Deutsche Venen-Liga e.V.**, Zahlungen von meinem / unserem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich (B) weise ich mein / weisen wir unser Kreditinstitut an, die vom Zahlungsempfänger **Deutsche Venen-Liga e.V.** auf mein / unser Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

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

By signing this mandate form, you authorise (A) the creditor **Deutsche Venen-Liga e.V.** to send instructions to your bank to debit your account and (B) your bank to debit your account in accordance with the instructions from the creditor **Deutsche Venen-Liga e.V.**

As part of your rights, you are entitled to a refund from your bank under the terms and conditions of your agreement with your bank. A refund must be claimed within 8 weeks starting from the date on which your account was debited.

Zahlungsart / Type of payment:

Wiederkehrende Zahlung / Recurrent payment Einmalige Zahlung / One-off payment

Name des Zahlungspflichtigen (Kontoinhaber) / Debtor name:

Anschrift des Zahlungspflichtigen (Kontoinhaber) / Debtor address*

* Angabe freigestellt / Optional information

Straße und Hausnummer / Street name and number:

Postleitzahl und Ort / Postal code and city:

Land / Country:

IBAN des Zahlungspflichtigen (max. 34 Stellen) / IBAN of the debtor (max. 34 characters):

BIC (8 oder 11 Stellen) / BIC (8 or 11 characters):

Hinweis: Die Angabe des BIC kann entfallen, wenn der Zahlungsdienstleister des Zahlungspflichtigen in einem EU-/ EWR-Mitgliedsstaat ansässig ist.

Note: The BIC is optional when Debtor Bank is located in a EEA SEPA country.

Ort / Location:

Datum (TT/MM/JJJJ) / Date (DD/MM/YYYY):

Unterschrift(en) des Zahlungspflichtigen (Kontoinhaber) / Signature(s) of the debtor: