

VDSI – Verband für Sicherheit, Gesundheit
und Umweltschutz bei der Arbeit e.V.

Mitgliederbetreuung / Buchhaltung

Schiersteiner Straße 39
65187 Wiesbaden

Aufnahmeantrag E-Mail: info@vdsi.de | Fax: +49 611 15755-79

Ich/wir beantrage/n die Aufnahme in den VDSI als: **

Persönl. Mitgliedschaft [Satzung 2.1.1](#) | [2.1.2](#) | [2.1.4](#)

Ermäßigter Mitgliedsbeitrag:

Rentner/in, Pensionär/in *

Arbeitssuchende/r *

Firmenmitgliedschaft [Satzung 2.1.3](#)

Delegiertenwechsel bei Firmenmitgliedschaft

Mitglieds-Nr. Vorgänger/in:

Unterstützende Mitgliedschaft [Satzung 2.3](#)

Sifas in Ausbildung und Studierende:
bitte unter www.vdsi.de anmelden.

* bitte Kopie der Bescheinigung beifügen

Angaben zur Person

Herr Frau ** Titel

Akad. Grad

Vorname **

Nachname **

Geburtsdatum **

Privatanschrift verpflichtend bei persönl. Mitgliedschaft

Straße, Nr. **

PLZ, Ort **

Telefon

Fax

Mobil

E-Mail **

Dienstanschrift verpflichtend soweit keine pers. Mitgliedschaft

Firma **

Abteilung

Straße, Nr. **

PLZ, Ort **

Postfach **PF**

PLZ **PF**, Ort

Telefon

Fax

Mobil

E-Mail **

Internet

Rechnungsanschrift nur falls abweichend

Firma **

Abteilung

Ansprechperson

Straße, Nr. **

PLZ, Ort **

Postfach **PF**

PLZ **PF**, Ort

Land **

E-Mail

Bestell-Nr.

** Pflichtangabe

Angaben zur TätigkeitBeruf ** **Tätigkeitsfeld **** innerbetrieblich überbetrieblich**Fachliche Ausrichtung/Beauftragtenfunktionen **** Bis zu 8 Nennungen möglich

- | | | |
|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> Abfall | <input type="checkbox"/> Brandschutz | <input type="checkbox"/> Kontaminierte Bereiche |
| <input type="checkbox"/> Anlagensicherheit | <input type="checkbox"/> Gefahrgut | <input type="checkbox"/> Laserschutz |
| <input type="checkbox"/> Arbeitsmedizin | <input type="checkbox"/> Gefahrstoffe | <input type="checkbox"/> Objektschutz/Werkschutz |
| <input type="checkbox"/> Arbeitssicherheit | <input type="checkbox"/> Gentechnik | <input type="checkbox"/> Qualitätssicherung |
| <input type="checkbox"/> Asbest | <input type="checkbox"/> Gewässer- u. Bodenschutz | <input type="checkbox"/> Security |
| <input type="checkbox"/> Audit/Managementsysteme | <input type="checkbox"/> Hygiene | <input type="checkbox"/> Störfall |
| <input type="checkbox"/> Ausbilder-Eignung | <input type="checkbox"/> Immissionsschutz | <input type="checkbox"/> Strahlenschutz |
| <input type="checkbox"/> Baustellenkoordination | <input type="checkbox"/> Katastrophenschutz | <input type="checkbox"/> Umweltschutz |
| <input type="checkbox"/> Sonstiges max. 1 Nennung | | |

Verfügen Sie über den Fachkundenachweis nach § 7 (1) ASiG? ** Nein Ja *

* bitte Kopie beifügen

Die angegebenen Daten werden in der Geschäftsstelle des VDSI gespeichert.

Ich bin damit einverstanden, dass meine Anschrift (inklusive E-Mail-Adresse) an Firmen und Institutionen weitergegeben wird, die Produkte, Informationen und Seminare auf den Gebieten Sicherheit, Gesundheit und Umweltschutz bei der Arbeit anbieten.

 Ja Nein

Datum, Ort

Unterschrift

Zahlungsverkehr Überweisung SEPA-Mandat

Über ein SEPA-Mandat (Lastschriftermächtigung) würden wir uns sehr freuen.

Bitte füllen Sie hierfür das Formular auf der nächsten Seite aus.

** Pflichtangabe

3

Wir machen Arbeit sicher und gesund.

VDSI

Verband für Sicherheit,
Gesundheit und Umweltschutz
bei der Arbeit

VDSI – Verband für Sicherheit, Gesundheit
und Umweltschutz bei der Arbeit e.V.

Mitgliederbetreuung / Buchhaltung

Schiersteiner Straße 39
65187 Wiesbaden

Erteilung eine SEPA-Basislastschriftmandats

Gläubiger-Identifikationsnummer DE86SHE00000463148
Die Mandatsreferenz wird separat mitgeteilt.

Ich ermächtige den VDSI – Verband für Sicherheit, Gesundheit und Umweltschutz bei der Arbeit, Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift ab sofort und wiederkehrend einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die vom VDSI – Verband für Sicherheit, Gesundheit und Umweltschutz bei der Arbeit auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

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.

Vorname, Name (Kontoinhaber/in)

Straße, Hausnummer

Postleitzahl, Ort

Kreditinstitut (Name und BIC)

IBAN DE

Datum, Ort

Unterschrift

Bitte ausfüllen, wenn der Name des zukünftigen Mitglieds vom Kontoinhaber bzw. der Kontoinhaberin abweicht.

Vorname, Name

Mitgliedsnummer

** Pflichtangabe