

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 *

Berufseinsteiger *

(nach Studienabschluss /Abschluss SiFa-Ausbildung)

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

Firmenmitgliedschaft [Satzung 2.1.3](#)

Delegiertenwechsel bei Firmenmitgliedschaft
Mitglieds-Nr. Vorgänger/in:

Unterstützende Mitgliedschaft [Satzung 2.3](#)

* bitte Kopie der Bescheinigung / Abschluss-Nachweis 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 <small>max. 1 Nennung</small> | | |

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

Ja *

* bitte Kopie beifügen

Einwilligung zur Datenweitergabe für werbliche Zwecke:

- Ich bin damit einverstanden, dass meine Anschrift und E-Mail-Adresse vom VDSI und von Unternehmen und sonstige Institutionen zur werblichen Ansprache über Produkte, Informationen und Seminare auf den Gebieten Sicherheit, Gesundheit und Umweltschutz bei der Arbeit genutzt wird. Meine Einwilligung kann ich jederzeit im Mitgliederbereich der VDSI Website gegenüber dem VDSI widerrufen

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.

Informationen zum Umgang mit Ihren personenbezogenen Daten finden Sie unter:

<https://vdsi.de/wir-ueber-uns/unser-leitbild/datenschutz>

Hiermit erkläre ich meinen Beitritt zum VDSI - Verband für Sicherheit, Gesundheit und Umweltschutz bei der Arbeit e.V..

Datum, Ort
Unterschrift

** Pflichtangabe

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 Lastschrifteneinzulösen.

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