

Anmeldung zur Versorgungspartnerschaft

Ich/wir möchte/n Versorgungspartner werden in der Kategorie:

Zertifizierter Augenoptiker*: Jahresbeitrag 90,00 € inkl. MwSt.)

(Anrede, Titel,
Vorname, Nachname)

(Organisation / Optikergeschäft)

(Straße und Hausnummer)

(PLZ und Ort)

(E-Mail-Adresse nur für Kontakt durch die Geschäftsstelle AMD-Netz)

(Telefonnummer nur für Kontakt durch die Geschäftsstelle AMD-Netz)

Ich willige ein, dass das AMD-Netz e. V. meine Daten speichert und für die notwendige Kommunikation bzgl. der Partnerschaft verwendet. Weitere Informationen unter www.amd-netz.de/datenschutz

Ich habe die [Kooperationsvereinbarung](#), die [Kooperationsrichtlinien](#) und das [Markenleitbild](#) gelesen und stimme zu.

Ich willige ein, dass mein Optikergeschäft im Adressverzeichnis des AMD-Netz unter www.amd-netz.de/adressverzeichnis aufgenommen und mit dem Partnerlogo als Versorgungspartner gekennzeichnet wird.

Ich möchte ein Willkommenspaket erhalten (DVD „Selbstständig bleiben mit Seheinschränkung“, Flyer).

Ich möchte eine Plakette zur Ausweisung als Partner im AMD-Netz erhalten.

***Bitte kreuzen Sie Ihr entsprechendes Zertifikat an. Wir akzeptieren:**

WVAO: Anerkannter Fachberater für Sehbehinderte

ZVA: Spezialist für vergrößernde Sehhilfen

Eschenbach-Optik: Low Vision Spezialist

SCHWEIZER: Zertifizierter LowVision-Partner

SEPA Lastschriftmandat

Gläubiger-Identifikationsnummer: DE65ZZZ00000366138

Die Mandatsreferenz wird Ihnen mitgeteilt, sobald das Lastschriftmandat unterschrieben vorliegt.

Ich / Wir ermächtige/n den AMD-Netz e.V. widerruflich, Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die vom AMD-Netz e.V. auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

Hinweis: Ich kann innerhalb von 8 Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Es gelten dabei die mit meinem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen."

Zahlungsart: Wiederkehrende Zahlung

(Vorname und Name Kontoinhaber)

(Kreditinstitut)

D	E																					
---	---	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

IBAN des Zahlungspflichtigen (max. 22 Stellen)

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

BIC (8 oder 11 Stellen)

(Datum und Ort)

X

(Unterschrift)

Bitte unterschreiben Sie dieses Formular inklusive SEPA-Lastschriftmandat sowie die [Kooperationsvereinbarung](#) und senden Sie die Unterlagen mit einer Kopie Ihres aktuell gültigen Zertifikats* per E-Mail an info@amd-netz.de / per Fax: 0251 9355947 / per Post: AMD-Netz e. V., Hohenzollernring 60, 48145 Münster