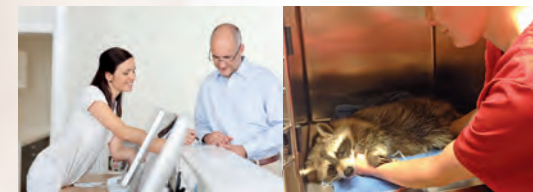




Verband medizinischer
Fachberufe e.V.



fachkundig vertreten



praxisnah handeln



denn viele erreichen mehr



www.vmf-online.de

Ihr Kontakt zu uns

Verband medizinischer Fachberufe e.V.
Geschäftsstelle
Gesundheitscampus-Süd 33
44801 Bochum
Postanschrift:
Postfach 10 26 80
44726 Bochum



Telefon (0234) 777 28-0
Mo. bis Do. 8:00 bis 16:00 Uhr
Fr. 8:00 bis 13:30 Uhr

E-Mail info@vmf-online.de

Internet www.vmf-online.de



facebook.com/verbandmedizinischerfachberufe

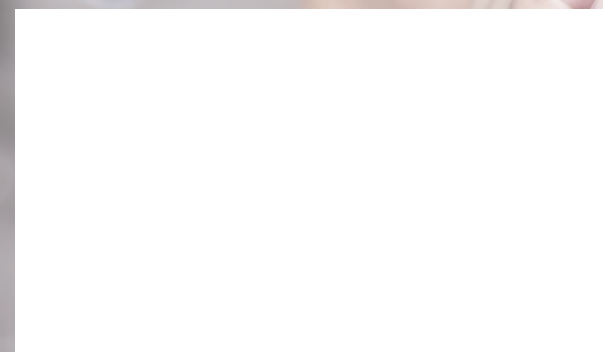


instagram.com/vmf_online



[linkedin.com/company/
verband-medizinischer-fachberufe](https://linkedin.com/company/verband-medizinischer-fachberufe)

Überreicht von



Wenn Sie die Zukunft unserer Berufe aktiv mitgestalten möchten, haben Sie im Verband medizinischer Fachberufe e.V. viele Möglichkeiten. Fragen Sie in unserer Geschäftsstelle nach den Kontaktdaten.

Fotos: eigenes Archiv (3), T. Marotzke; imtmphoto, contrastwerkstatt, Christoph Hähnel, Robert Kneschke (2), fotogestoeber, MQ-Illustrations – stock.adobe.com Stand: 11/2025

Verband medizinischer Fachberufe e.V. ■ Gesundheitscampus-Süd 33 ■ 44801 Bochum
Gläubiger-Identifikationsnummer: DE42VWF00000478393 ■ Mandatsreferenz (Mitgliedsnummer): wird separat mitgeteilt

ENZUGSERMÄCHTIGUNG / SEPA-BASISLASTSCHRIFTMANDAT

Ich möchte bequem und bargeldlos den monatlichen Mitgliedsbeitrag gemäß aktueller Beitragsordnung bezahlen und ermächtige den Verband medizinischer Fachberufe e.V., Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die vom Verband medizinischer Fachberufe e.V. auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen. Hinweis: Ich kann für die SEPA-Basislastschrift innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Es gelten dabei die mit meinem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen. Zahlungsart: Wiederkehrende Zahlung. Bitte beachten Sie unsere Hinweise zum Datenschutz auf www.vmf-online.de.

Kontoinhaber*in (Vorname Name)	Postleitzahl Ort
Strasse Hausnummer	BIC
Kreditinstitut (Name der Bank)	
IBAN	

Die erste Abbuchung erfolgt zum nächsten 15. des Monats. Danach gelten die u.a. Abbuchungstermine. Der bis zum nächsten Abbuchungstermin fällige Beitrag wird bei der 1. Abbuchung mit eingezogen. Zur Verbesserung des Verbraucherschutzes reichen wir die Lastschriften bis zu 6 Tage vor dem Abbuchungstermin bei der Bank ein. Bitte beachten Sie, dass Ihr Einkommensnachweis ggf. nicht berücksichtigt werden kann, wenn dieser nicht rechtzeitig bei uns eingeht. Bitte benachrichtigen Sie uns schriftlich, wenn sich Ihre Bankdaten ändern.

Zahlungsweise (bitte ankreuzen):

- ☐ monatlich (zum 15. des Monats)
- ☐ halbjährlich (im Voraus zum 15.01., 15.07.)
- ☐ vierteljährlich (im Voraus zum 15.01., 15.04., 15.07., 15.10.)
- ☐ jährlich (im Voraus zum 15.01., abzüglich 3 % Rabatt auf den Jahresbeitrag)

Ort, Datum

Unterschrift

¹⁾ Die Höhe des regulären Mitgliedsbeitrages beträgt 16,00 €. Reduzierungen sind je nach monatlichen Bruttoeinnahmen des Mitglieds möglich. Liegen diese A) in Höhe bis 699,99 €, so kann der Mitgliedsbeitrag auf 5,00 € reduziert werden. B) Betragen die monatlichen Bruttoeinnahmen zwischen 700,00 € und 1.399,99 €, so ist eine Reduzierung auf monat. 9,00 € möglich. C) Bei monatlichen Bruttoeinnahmen zwischen 1.400,00 € bis 2.099,99 € kann der Mitgliedsbeitrag auf monat. 12,00 € (D) bei monatlichen Bruttoeinnahmen zwischen 2.100,00 € bis 2.799,99 € kann der Mitgliedsbeitrag auf monat. 14,00 € gesenkt werden. Abzins zahlen 5,00 € monatlich.

²⁾ Bei Anspruch auf die Reduzierung ist die Höhe der monatlichen Einnahmen mit einem entsprechenden Beleg (z.B. Kopie der Gehaltsabrechnung, Elterngeldnachweis, etc.) in der Geschäftsstelle des Verbandes nachzuweisen. Der Beleg darf nicht älter als 3 Monate sein. Nach der ersten Beitragseinstellung muss der Nachweis mindestens einmal im Jahr, spätestens aber bei einer beitragswirksamen Änderung der Einnahmen erfolgen. Stand: 11/2025



Der Verband medizinischer Fachberufe e.V. (vmf) ist der **Berufsverband** für Medizinische, Tiermedizinische, Zahnmedizinische Fachangestellte und angestellte Zahntechniker*innen – sowie die in diesen Berufen Fortgebildeten mit weiterführender Berufsbezeichnung. Wir vertreten die Interessen unserer Mitglieder auf gewerkschaftlicher Ebene seit 1963.

Mitglied im Verband medizinischer Fachberufe e.V. zu sein, heißt für Sie*:

Kompetente individuelle Rechtsberatung und Rechtsvertretung

- ➔ **Rechtsberatung** zu arbeits- und sozialrechtlichen Fragen – ohne Eigenanteil
- ➔ **Rechtsvertretung** vor Gericht nach zwölf (bei Auszubildenden nach sechs) Monaten Mitgliedschaft
- ➔ Prüfung von Ausbildungs- und Arbeitsverträgen, Kündigungen, Zeugnissen sowie Verfahren gegenüber der Agentur für Arbeit, Rentenversicherung, etc.

Fachspezifische und praxisnahe Weiterbildungen

- ➔ vergünstigte, **praxisnahe** Weiterbildungsveranstaltungen
- ➔ **berufsspezifische** Seminare und Tagungen zum Vorteilspreis
- ➔ Rabatte für Weiterbildungen bei Kooperationspartnern

Aktuelle Informationen

- ➔ **fachliche Informationen** für den Berufsalltag und **Aktuelles aus dem Verband** in „praxisnah“
- ➔ kostenfreie und umfassende Informationen – **jederzeit** im internen Mitgliederbereich unserer Website **verfügbar**

*Ab Erhalt Ihrer Mitgliederbescheinigung/Mitgliedsnummer von der vmf-Geschäftsstelle können Sie die satzungsgemäßen Leistungen in Anspruch nehmen bzw. Ihren Beitritt innerhalb von 14 Tagen schriftlich widerrufen, solange Sie noch keine Leistungen in Anspruch genommen haben.

Zugang zu Netzwerken und aktive Mitwirkung

- ➔ Mitglieder haben Zugang zu regelmäßigen **Treffen** und einem breiten **Netzwerk** von Kolleg*innen
- ➔ In vielen ehrenamtlichen Funktionen können sich vmf-Mitglieder **aktiv** in die Verbandsarbeit einbringen

Mit Ihrer Mitgliedschaft stärken Sie die Position des Verbandes in den Tarifverhandlungen und gegenüber der Politik

Je **mehr Mitglieder** wir vertreten, desto mehr können wir erreichen:

- ➔ in den **Tarifverhandlungen** für bessere Arbeitsbedingungen und höhere Gehälter in Ausbildung und Beruf
- ➔ gegenüber der **Politik** bei der Vertretung fachspezifischer und berufspolitischer Interessen
- ➔ für gute **Aufstiegsqualifikationen**

Ihr Beitrag für einen starken Verband

Der **reguläre Mitgliedsbeitrag** beträgt **monatlich 16,00 €**.

Reduzierte Beiträge sind möglich und abhängig von den monatlichen Bruttoeinnahmen.

- | | |
|-------------------------------------------------|-----------------------------------|
| ➔ Mitgliedsbeitrag bei Bruttoeinnahmen | 5,00 € bis 699,99 € |
| ➔ Mitgliedsbeitrag bei Bruttoeinnahmen zwischen | 9,00 € 700,00 € und 1.399,99 € |
| ➔ Mitgliedsbeitrag bei Bruttoeinnahmen zwischen | 12,00 € 1.400,00 € und 2.099,99 € |
| ➔ Mitgliedsbeitrag bei Bruttoeinnahmen zwischen | 14,00 € 2.100,00 € und 2.799,99 € |
| ➔ Auszubildende zahlen | 5,00 € monatlich |

Für diese Reduzierungen ist die Höhe der monatlichen Bruttoeinnahmen einmal jährlich nachzuweisen.



Beitrittserklärung

JA, ich möchte Mitglied im Verband medizinischer Fachberufe e.V. werden! Ich erkläre hiermit meinen Beitritt. Die jeweils gültige Satzung erkenne ich an. Ich bin nicht Mitglied einer anderen konkurrierenden Organisation.

Als neues Mitglied erhalten Sie ein Begrüßungspaket mit vielen wichtigen Informationen über den Verband. Ihre Mitgliedschaft beginnt an dem Tag, an dem Sie Ihre Mitgliedsbescheinigung von der Geschäftsstelle des vmf erhalten haben. Ab diesem Zeitpunkt können Sie die satzungsgemäßen Leistungen in Anspruch nehmen bzw. können Ihren Beitritt innerhalb von 14 Tagen schriftlich widerrufen, solange Sie noch keine Leistungen in Anspruch genommen haben. Der Mitgliedsbeitrag wird jeweils für den laufenden Monat – erstmals für den Monat des Beitritts – fällig. Die Kündigungsfrist beträgt sechs Wochen zum Ende eines Kalenderhalbjahres. Bitte beachten Sie unsere Hinweise zum Datenschutz auf www.vmf-online.de.

Ich arbeite im Bereich

☐ Human- ☐ Veterinär- ☐ Dentalmedizin ☐ Zahntechnik

Ich bin weiterqualifiziert zur/zum

Mein Monatsbeitrag richtet sich nach der Höhe meines Einkommens. Ein entsprechender Nachweis ist dieser Beitrittserklärung beigelegt bzw. wird von mir direkt nachgereicht (Informationen s. Rückseite).

Auszubildende zahlen grundsätzlich den niedrigsten Beitragssatz von z.Z. 5,00 € monatlich (Stand 11/2025).

Vorname

Name

Straße, Nr.

PLZ, Ort

Geburtsdatum

E-Mail (privat)

Telefon (privat)

Telefon (mobil)

Ende der Ausbildung (MM/JJ)

Datum, Unterschrift