

Antrag auf Mitgliedschaft



Hiermit beantrage ich die Aufnahme als Mitglied in die Arbeitsgemeinschaft Notfallmedizin e.V.

Bitte schreiben Sie Ihre Angaben zur besseren Lesbarkeit in Blockschrift

_____ Name	_____ Vorname	
_____ Straße, Hausnummer	_____ PLZ, Wohnort	
_____ Beruf	_____ Notfallmedizinische Tätigkeit	
_____ E-Mail-Adresse	_____ Geburtsdatum	<input type="checkbox"/> m <input type="checkbox"/> w Geschlecht
_____ Telefon	_____ Mobiltelefon	
_____ Ort, Datum	_____ Unterschrift	

Zum Einzug der Beiträge wird ein SEPA-Lastschriftmandat abgeschlossen

Einzugsermächtigung Mitgliedsbeitrag

Ich/Wir ermächtige(n) die Arbeitsgemeinschaft Notfallmedizin e.V. Mitgliedsbeiträge in Höhe von 10€ jährlich, ab Beginn der Mitgliedschaft bis zum Ende dieser, von meinem/unseren Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise(n) ich/wir mein/unser Kreditinstitut an, die von der Arbeitsgemeinschaft Notfallmedizin e.V. auf mein/unser Konto gezogenen Lastschriften einzulösen. Die Einzüge erfolgen zum 05.02. jeden Jahres. Die Mandatsreferenz-Nummer wird gesondert mitgeteilt.

*****Arbeitsgemeinschaft Notfallmedizin e.V., Paderbornerstr. 35b, 33161 Hövelhof,
Gläubiger ID: DE18ZZZ00000319745 *****

_____ Kreditinstitut	_____ Sitz
_____ IBAN	_____ BIC
_____ Ort, Datum	_____ Unterschrift