

AUFNAHMEANTRAG

Arbeitsgemeinschaft Notfallmedizin Fürth e. V.

AGNF



Ich beantrage die Mitgliedschaft in der Arbeitsgemeinschaft Notfallmedizin Fürth e. V. (AGNF) als ordentliches Mitglied. Die Satzung der AGNF erkenne ich an.

Privatpersonen:

Vorname, Name

Geburtsdatum

Institutionen, Organisationen, Firmen (Juristische Personen):

Name der Institution, Organisation, Firma

Ansprechpartner: Vorname, Name

Geburtsdatum

Bitte senden sie Post an diese Adresse:

Private Anschrift

Dienstliche Anschrift

Private Anschrift:

Straße, Hausnummer

Telefon

Fax

PLZ

Ort, Land

E-Mail-Adresse

Dienstliche Anschrift:

Organisation, Institution, Firma etc.

Position und Name des Unterschriftsberechtigten

Straße, Hausnummer

Telefon

Fax

PLZ

Ort, Land

E-Mail-Adresse

Der Jahresbeitrag beträgt laut aktueller Beitragsordnung 30,00 €.

Über den Jahresbeitrag wird Ihnen jährlich eine Rechnung digital zugestellt.

Ich bin damit einverstanden, dass die erhobenen Daten für vereinsinterne Zwecke per EDV gespeichert werden.

Ort, Datum

Unterschrift und ggf. Stempel des Antragstellers

Bankeinzugsvollmacht

- Den jährlichen Mitgliedsbeitrag zahle ich per Bankeinzug.
Das separate SEPA Lastschriftmandat, zur Einzugsermächtigung des jährlichen Mitgliedsbeitrages in Höhe von EUR 30,-, wird mit dem Aufnahmeantrag ausgefüllt und unterschrieben zugesendet.
- Den jährlichen Mitgliedsbeitrag möchte ich überweisen. Bitte übersenden Sie mir eine Rechnung.

Bitte lassen Sie uns Ihren Aufnahmeantrag entweder per E-Mail oder per Post zukommen:

postalische Adresse:

Arbeitsgemeinschaft Notfallmedizin Fürth e. V.

Deutenbacher Straße 1 - 90547 Stein

Bei Rückfragen erreichen Sie uns zu unseren Geschäftszeiten unter: 0911-4776920

www.agnf.org

E-Mail Adresse:

info@agnf.org