

# AUFNAHMEANTRAG

Arbeitsgemeinschaft Notfallmedizin Fürth e. V.



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.de](http://www.agnf.de)

#### E-Mail Adresse:

[verein@agnf.de](mailto:verein@agnf.de)