

# 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.

### **Bei Privatpersonen:**

\_\_\_\_\_  
Name, Vorname

\_\_\_\_\_  
Geburtsdatum

### **Bei Institutionen, Organisationen, Firmen etc. (Juristische Personen):**

Bezeichnung und Ansprechpartner:

\_\_\_\_\_  
Bezeichnung

\_\_\_\_\_  
Name, Vorname

\_\_\_\_\_  
Geburtsdatum

### **Dienstliche Anschrift:**

O Bitte übersenden Sie Post an diese Adresse.

\_\_\_\_\_  
Organisation, Institution, Firma etc.

\_\_\_\_\_  
Position

\_\_\_\_\_  
Strasse

\_\_\_\_\_  
Telefon

\_\_\_\_\_  
Fax

\_\_\_\_\_  
PLZ

\_\_\_\_\_  
Ort

\_\_\_\_\_  
eMail Adresse

### **Private Anschrift:**

O Bitte übersenden Sie Post an diese Adresse.

\_\_\_\_\_  
Strasse

\_\_\_\_\_  
Telefon

\_\_\_\_\_  
Fax

\_\_\_\_\_  
PLZ

\_\_\_\_\_  
Ort

\_\_\_\_\_  
eMail Adresse

**Der Jahresbeitrag beträgt laut aktueller Beitragsordnung 30,00 €.**

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

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des Antragstellers

### **Bankeinzugsvollmacht**

- Den jährlichen Mitgliedsbeitrag zahle ich per Bankeinzug.  
Hiermit ermächtige ich/wir die AGNF widerruflich, den jährlichen Mitgliedsbeitrag in Höhe von \_\_\_\_\_ € von unten stehendem Konto einzuziehen.
- Bitte übersenden Sie mir eine Rechnung über den Mitgliedsbeitrag.

\_\_\_\_\_  
Kontoinhaber

\_\_\_\_\_  
Bankinstitut

\_\_\_\_\_  
Bankleitzahl (BLZ)

\_\_\_\_\_  
Konto Nr.

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift

Senden Sie bitte den Aufnahmeantrag mit einem aktuellen Lichtbild an [info@agnf.org](mailto:info@agnf.org) oder **Arbeitsgemeinschaft Notfallmedizin Fürth e.V.** - Deutenbacher Str. 1 - 90547 Stein