

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 erhalten Sie jährlich eine Rechnung auf dem Postweg zugestellt.

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

Ort, Datum

Bitte faxen Sie Ihren Aufnahmeantrag mit einem aktuellen Lichtbild an folgende Nummer: **0911 - 75 52 26** oder senden sie an die folgende Adresse:
Arbeitsgemeinschaft Notfallmedizin Fürth e. V.
Deutenbacher Straße 1 - 90547 Stein

Unterschrift und/oder Stempel des Antragstellers