

# Förderverein Notfallmedizin Mittelhessen

## Eintrittserklärung (natürliche Person)

Hiermit trete ich	
Name	
Vorname	
Geburtsdatum	
wohnhaft in	
Straße / Hausnummer	
PLZ / Ort	
dem Förderverein Notfallmedizin Mittelhessen bei.	
Email-Adresse	
Mobiltelefonnummer (freiwillig)	Aufnahme in die Signalgruppe <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein

## Notfallmedizinische Qualifikation

<input type="checkbox"/> Rettungssanitäter/in	<input type="checkbox"/> Auszubildende/r
<input type="checkbox"/> Rettungsassistent/in	<input type="checkbox"/> Notfallsanitäter/in
<input type="checkbox"/> Arzt / Ärztin	<input type="checkbox"/> keine der genannten

Mein Mitgliedsbeitrag in Höhe von  € soll jährlich von meinem Girokonto abgebucht werden.  
Gleiches gilt für die Aufnahmegebühr in gleicher Höhe.  
Die Satzung des Vereins, sowie die Datenschutzerklärung sind mir bekannt und erkenne ich hiermit an.  
Beides steht in der jeweils aktuellsten Version auf der Internetseite des Vereins zur Verfügung.

## SEPA-Lastschriftmandat

Hiermit ermächtige ich den Förderverein Notfallmedizin Mittelhessen widerruflich als Zahlungsempfänger den fälligen Jahresbeitrag und die einmalige Aufnahmegebühr von meinem Konto einzuziehen.  
Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die vom Zahlungsempfänger auf mein Konto gezogene Lastschrift einzulösen.  
Es gelten dabei die mit meinem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

Kontoinhaber/in	
Name, Vorname	
IBAN	
BIC	

\_\_\_\_\_  
Ort und Datum

\_\_\_\_\_  
Vorname und Name, Unterschrift

