

## Eintrittserklärung (juristische Person)

Hiermit beantrage/n ich/wir

Vertreter 1	
Name	
Vorname	
Vertreter 2	
Name	
Vorname	
Vertreter 3	
Name	
Vorname	

für den/die/das

Name der juristischen Person	
Adresse:	
Straße	
PLZ, Ort	

Den Beitritt zum Förderverein Notfallmedizin Mittelhessen.

Ich/wir bestätigen mit unserer Unterschrift / unseren Unterschriften, dass ich allein / wir gemeinsam vertretungsberechtigt sind.

Der Mitgliedsbeitrag in Höhe von  € (mind. 50€) soll jährlich von untenstehendem Girokonto abgebucht werden. Gleiches gilt für die Aufnahmegebühr.

Die Satzung des Vereins, sowie die Datenschutzerklärung sind bekannt und erkenne/n ich/wir hiermit an. Beides steht in der jeweils aktuellsten Version auf der Internetseite des Vereins zur Verfügung.

## SEPA-Lastschriftmandat

Hiermit ermächtige/n ich/wir den Förderverein Notfallmedizin Mittelhessen widerruf Ich als Zahlungsempfänger den fälligen Jahresbeitrag und die einmalige Aufnahmegebühr von meinem Konto einzuziehen. Zugleich weise/n ich/wir das 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

\_\_\_\_\_  
Unterschriften

