

Aufnahmeantrag



hiermit beantrage ich die Aufnahme in die Arbeitsgemeinschaft in Hessen tätiger Notärzte e.V. als

ordentliches Mitglied außerordentliches Mitglied

Anrede/Titel: _____ Name: _____

Vorname: _____ geb.: _____

Approbation im Jahr _____ durch: _____

Fachrichtung: _____

Zusatzbezeichnungen: _____

privat: Straße: _____ Nr.: _____

PLZ.: _____ Wohnort: _____

Tel.: _____ E-Mail: _____

dienstlich: Klinik/Praxis: _____

Abteilung: _____

PLZ.: _____ Ort: _____ Tel.: _____

Tätig als:

- Selbstständiger Assistenzarzt Facharzt
 Oberarzt Chefarzt Andere:

Der Jahresbeitrag beträgt 30.-- € und enthält das Jahresabonnement der Verbandszeitschrift „Der Notarzt“ und wird im Kalenderjahr per Lastschrift eingezogen. Die Teilnahme am Lastschriftverfahren ist Voraussetzung für die Aufnahme in die AGHN. Mögliche Unkosten, die durch nicht gemeldete Kontoänderungen entstehen, werden in Rechnung gestellt.

Ort: _____, den _____ Unterschrift _____

Mit der Abbuchung meines Jahresbeitrages zur AGHN (Arbeitsgemeinschaft in Hessen tätiger Notärzte e.V.) im Bankeinzugsverfahren von meinem Konto

IBAN: _____ BIC.: _____

bei: _____ bin ich einverstanden.

Ort: _____, den _____ Unterschrift: _____

Geworben durch: Name, Anschrift: _____

Prämienwunsch: _____