

# 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: \_\_\_\_\_