

# 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       Facharzt       Assistenzarzt  
                  Chefarzt                       Oberarzt       \_\_\_\_\_

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: \_\_\_\_\_

**HINWEIS:** Die Geschäftsstelle ist ehrenamtlich besetzt. Deshalb werden Sie nicht sofort eine Antwort auf Ihren Aufnahmeantrag erhalten. Ich bitte um Verständnis. Detlev Kann Ltg. Geschäftsstelle