

FÖNIX - Förderverein Notfallmedizin in Ingolstadt und Region 10 e.V.

c/o Klinikum Ingolstadt GmbH

Sekretariat der Klinik für Anästhesie und Intensivmedizin

Krumenauerstraße 25

85049 Ingolstadt



Aufnahmeantrag

Hiermit beantrage ich,

Name, Vorname _____

Geburtsdatum _____

Straße _____

PLZ / Wohnort _____

Telefon _____

Email _____

die Aufnahme in den Verein FÖNIX - Förderverein Notfallmedizin in Ingolstadt und Region 10 e.V. ab

dem: _____

Der Jahresbeitrag beträgt 50 €

Einzug erfolgt jährlich zum 1. Januar (es erfolgt keine Vorab-Info mehr)

.....

Ort, Datum Unterschrift

FÖNIX - Förderverein Notfallmedizin in Ingolstadt und Region 10 e.V.
c/o Klinikum Ingolstadt GmbH
Sekretariat der Klinik für Anästhesie und Intensivmedizin
Krumenauerstraße 25
85049 Ingolstadt



SEPA-Lastschriftmandat

(wiederkehrende Zahlungen)

Gläubiger-Identifikationsnummer: DE08ZZZ00002577697

Mandatsreferenz: Jahresbeitrag FÖNIX

Ich ermächtige den Verein FÖNIX - Förderverein Notfallmedizin in Ingolstadt und Region 10 e.V. Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die vom Verein FÖNIX - Förderverein Notfallmedizin in Ingolstadt und Region 10 e.V. auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

Hinweis: Ich kann innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrages verlangen.

Es gelten dabei die mit meinem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

Kreditinstitut: BLZ: BIC:

Konto-Inhaber: IBAN: DE __ | ____ | ____ | ____ | ____ | ____

Die Daten werden zur Vereinsverwaltung auf elektronischen Datenträgern während der Mitgliedschaft gespeichert.

....., den

.....

Unterschrift