

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: D E \_ \_ | \_ \_ \_ \_ | \_ \_ \_ \_ | \_ \_ \_ \_ | \_ \_ \_ \_ | \_ \_

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

....., den .....

.....

Unterschrift