

An die
agsw.n e.V.
Rita-Maiburg-Straße 2
70794 Filderstadt

Aufnahmeantrag

Ich beantrage meine Aufnahme in die agsw.n e.V. als

- ordentliches (Arzt) bzw.
 außerordentliches Mitglied
(RD-Mitarbeiter, Student)

Persönliche Daten:

Name: _____ Vorname: _____
Titel: _____ Geburtsdatum: _____

Adresse:

Straße: _____
PLZ: _____ Ort: _____
Telefon: _____ mobil: _____
E-Mail: _____

Ich bin: Arzt in WB FA OA CA selbstständig
 RS/RA/NFS Student (Immatrikulationsbescheinigung beifügen)

Fachgebiet: Anästhesie Chirurgie Innere Medizin Pädiatrie Sonstige
Funktion im Rettungsdienst: Notarzt LNA ÄLRD RD-MA

Tätig im Bereich:

Baden-Württemberg **Rheinland-Pfalz** **Saarland**
 Nordbaden Koblenz
 Südbaden Pfalz
 Nordwürttemberg Rheinhessen
 Südwürttemberg Trier

Der Speicherung und Nutzung meiner Daten im Sinne der EU-DSGVO stimme ich hiermit zu.

(Ort/Datum)

(Unterschrift)

Als Original per Post zurück an:

Arbeitsgemeinschaft
Südwestdeutscher Notärzte e.V.
Rita-Maiburg-Straße 2
70794 Filderstadt

Prof. Dr. med. Matthias Fischer
1. Vorsitzender agswn e. V.

Geschäftsstelle der agswn
Anthea Rozakis-Siu
Rita-Maiburg-Straße 2
70794 Filderstadt

+49 711 72257657
geschaefsstelle@agswn.de

Gläubiger-Identifikationsnummer: DE96ZZZ00000501283

Mitgliedsnummer / Mandatsreferenznummer: -

Name des Mitglieds:

SEPA Lastschriftmandat

Ich ermächtige die Arbeitsgemeinschaft Südwestdeutscher Notärzte e.V., Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von der Arbeitsgemeinschaft Südwestdeutscher Notärzte 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.

Vorname Name (Kontoinhaber)

Straße und Hausnummer

Postleitzahl und Ort

Kreditinstitut (Name und BIC) - - - - - | - - - - -

__ _ | __ _ | __ _ | __ _ | __ _ | __ _
IBAN

Datum, Ort und Unterschrift