

Persönliche Angaben

Anrede: ☐ Herr ☐ Frau ☐ Divers

Titel: _____

Vorname: _____ Nachname: _____

Straße und Hausnummer: _____

PLZ, Stadt: _____ Land: _____

Geburtsdatum: ____ / ____ / ____

Mobilnummer: _____ E-Mail: _____

Mitgliedschaft

Ich beantrage die Mitgliedschaft bei NotfallConnect e.V. und wähle folgende Beitragsoption:

☐ Reguläre Mitgliedschaft: 150 € / Jahr

☐ Reduzierte Mitgliedschaft: 60 € / Jahr (nur für AGSWN-Mitglieder – Mitgliedsnummer erforderlich)

AGSWN-Mitgliedsnummer (falls zutreffend): _____

Vorteile für AGSWN-Mitglieder:

- Kostenlose Teilnahme am AGSWN-Jahreskongress
- Zeitschriften „Notfall + Rettungsmedizin“ & „Notarzt“

Zahlungsmethode

Ich ermächtige den Verein NotfallConnect e.V., den Mitgliedsbeitrag jährlich von meinem Konto einzuziehen.

IBAN: _____ BIC: _____

Kontoinhaber: _____

SEPA-Lastschriftmandat:

Ich ermächtige NotfallConnect e.V., Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die vom NotfallConnect e.V. auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen. Ich kann innerhalb von acht Wochen ab Belastungsdatum die Erstattung des belasteten Betrags verlangen. Es gelten die mit meinem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

Ort, Datum: _____ Unterschrift: _____

Erklärungen & Datenschutz

☐ Ich habe die Satzung des Vereins gelesen und akzeptiere sie.

☐ Ich habe die Datenschutzbestimmungen gelesen und bin mit der Verarbeitung meiner Daten einverstanden.

 Hinweis: Der Mitgliedsantrag wird erst nach Bestätigung durch den Vorstand von NotfallConnect e.V. gültig. Sie erhalten eine Bestätigung per E-Mail.

Kontakt

NotfallConnect e.V.

info@notfallconnect.de

www.notfallconnect.de