

**Antrag auf Mitgliedschaft in der
„Arbeitsgemeinschaft präklinische Notfallmedizin e.V.“**

Hiermit beantrage ich,

Name, Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

Straße / Hausnummer: _____

PLZ / Ort: _____

Mail: _____

die Aufnahme in den oben genannten Verein.

Mein jährlicher Mitgliedsbeitrag gemäß § 2 Beitragsatzung zahle ich als

- Ordentliches Mitglied, Vollzahler (25,-€)
- Ordentliches Mitglied, Azubi / Student (15,-)
- Fördermitglied privat (50,-€)
- Fördermitglied Betrieb (100,-€)

mein freiwilliger Zusatzbeitrag beträgt jährlich _____ €.

Wir weisen gemäß § 33 Bundesdatenschutzgesetz darauf hin, dass zum Zweck der Mitgliederverwaltung und -betreuung folgende Daten der Mitglieder in automatisierten Dateien gespeichert, verarbeitet und genutzt werden: Namen, Adressen, Telefonnummern, digitale Erreichbarkeiten sowie bei Teilnahme am Lastschriftverfahren Bankdaten. Ich bin mit der Erhebung, Verarbeitung und Nutzung dieser personenbezogenen Daten durch den Verein zur Mitgliederverwaltung im Wege der elektronischen Datenverarbeitung einverstanden. Mir ist bekannt, dass dem Aufnahmeantrag ohne dieses Einverständnis nicht stattgegeben werden kann.

Datum: _____

Unterschrift: _____

**Arbeitsgemeinschaft präklinische Notfallmedizin e.V.
Teilnahme am SEPA Lastschriftverfahren**

Arbeitsgemeinschaft präklinische Notfallmedizin e.V.
Hasestraße 18, 49565 Bramsche
Gläubiger-Identifikationsnummer: DE29ZZZ00002355674
Die Mandatsreferenz wird mit dem Aufnahmeschreiben mitgeteilt.

SEPA Lastschriftmandat

Ich ermächtige die Arbeitsgemeinschaft präklinische Notfallmedizin e.V. Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von o. g. Verein 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.

Mandat gilt für wiederkehrende Zahlungen Mandat gilt für einmalige Zahlung

.....
Vorname und Name (Kontoinhaber)

.....
Straße und Hausnummer

.....
Postleitzahl und Ort

IBAN: DE _____

.....
Datum, Ort und Unterschrift

Wenn mein/unser Konto die erforderliche Deckung nicht aufweist, besteht seitens des kontoführenden Kreditinstituts keine Verpflichtung zur Einlösung. Kontoänderungen müssen rechtzeitig angezeigt werden. Eventuelle Kosten der Rücklastschrift gehen zu Lasten des Kontoinhabers. Es gilt die Beitragsatzung der AGpN in der jeweils aktuellen Fassung.