



An das
Forum Leitende Notärzte
Schleswig-Holstein e.V.
Holzkoppelweg 8-12
24118 Kiel

Geschäftsstelle: FLN-SH e.V. Holzkoppelweg 8-12, 24118 Kiel
E-Mail: info@fln-sh.de

Homepage: www.fln-sh.de

Aufnahmeantrag

Ich beantrage meine Aufnahme in das Forum Leitende Notärzte Schleswig-Holstein e.V. als ordentliches Mitglied.

Ich erkläre mich mit den Vereinszielen und der Vereinssatzung einverstanden.

Name:.....**Vorname:**.....**Titel:**.....**geb.:**.....

Privatadresse:.....

Tel.:.....

Handy:..... **e-mail:**.....

Dienstadresse:.....

Tel.:.....

Handy:..... **e-mail:**.....

Funktion im Rettungsdienst: seit:

Der **Mitgliedsbeitrag** beträgt für ordentliche Mitglieder **€ 50,00 p.a.**

Den Mitgliedsbeitrag bezahle ich durch Lastschriftverfahren.

Falls nicht zutreffend, Satz bitte streichen. Die satzungsgemäße rechtzeitige Beitragszahlung stellt das Mitglied dann selbst sicher.

Dt. Apotheker- und Ärztebank Kiel; IBAN: DE55 3006 0601 0003 4352 96; BIC: DAAEDEDXXX

.....
Ort/Datum

.....
Unterschrift

Vorstand: Dr. H. Maurer (Vorsitzender), Prof. Dr. J-T. Gräsner (stellv. Vorsitzender), Dr. U. Lorenzen (Schriftführer)
Dr. N. Jaeger (Kassenwart), Dr. F. Reifferscheid (1. Beisitzer), Dr. S. Behrens (2. Beisitzer)

Bankverbindung: Dt. Apotheker- und Ärztebank Kiel e.G., IBAN: DE55 3006 0601 0003 4352 96, BIC: DAAEDEDXXX



Ermächtigung zum Einzug von Forderungen durch Lastschriftverfahren

Name und Anschrift des Zahlungsempfängers:

Forum Leitende Notärzte Schleswig-Holstein e.V. - FLN-SH
z.Hd. des Kassenwartes
Herrn Dr. med. Norbert Jaeger
Baumschulenweg 2
24106 Kiel

Gläubiger-Identifikationsnummer: DE 23 ZZZ00000769541

Zur Begleichung meines Mitgliedsbeitrages/meiner Unkostenpauschale für das Forum Leitende Notärzte Schleswig-Holstein ermächtige ich das Forum Leitende Notärzte Schleswig-Holstein e.V. widerruflich, fällige Zahlungen zu Lasten meines/unseres Kontos

Konto:

BLZ:

IBAN:

BIC:

Bei der/dem

(Bezeichnung des kontoführenden Kreditinstituts)

durch Lastschrift einzuziehen.

.....
Name, Vorname

.....
Straße/Hausnummer

.....
PLZ/Ort

.....
Ort/Datum

.....
Unterschrift

Vorstand: Dr. H. Maurer (Vorsitzender), Prof. Dr. J-T. Gräsner (stellv. Vorsitzender), Dr. U. Lorenzen (Schriftführer)
Dr. N. Jaeger (Kassenwart), Dr. F. Reifferscheid (1. Beisitzer), Dr. S. Behrens (2. Beisitzer)

Bankverbindung: Dt. Apotheker- und Ärztebank Kiel e.G., IBAN: DE55 3006 0601 0003 4352 96, BIC: DAAEDEDXXX