

Datenblatt

Bitte vollständig in Druckbuchstaben ausfüllen!
Bitte keine Angaben wie „unverändert“ oder „siehe Antrag“!

Name

Vorname

akademischer Titel

Geburtsdatum

Straße, Hausnummer

PLZ, Wohnort

Mitgliedschaftsform

☐

ordentlich

☐

fördernd

aktiver Notarzt in Nürnberg

☐

ja

☐

nein

Für die Richtigkeit der Angaben:

Ort

Datum

Unterschrift des Mitglieds

SEPA-Lastschriftmandat

Ich ermächtige den Nürnberger Notärzte e.V. Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die vom Nürnberger Notärzte e.V. auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

Name des Kontoinhabers

Kreditinstitut

IBAN

D E

BIC

Jahresbeitrag

EUR

Ort

Datum

Unterschrift des Kontoinhabers