

**Förderverein Notfallmedizin Bielefeld e.V.**  
**c/o Hermann Rottmann**  
**Huchzermeierstraße 15**  
**33613 Bielefeld**  
**Fax: 05 21-32 92 875**



## **Beitrittserklärung zum Förderverein Notfallmedizin Bielefeld e.V.**

Hiermit erkläre ich,

Name \_\_\_\_\_ Vorname \_\_\_\_\_

Strasse/Nr. \_\_\_\_\_

PLZ \_\_\_\_\_ Ort \_\_\_\_\_

Telefon \_\_\_\_\_ Fax \_\_\_\_\_

Geb Datum \_\_\_\_\_ @Mail \_\_\_\_\_

Meinen Beitritt zum Förderverein Notfallmedizin Bielefeld e.V.

zum (Termin) \_\_\_\_\_

### **Einzugsermächtigung für jährlichen Mitgliedsbeitrag**

Bitte ziehen Sie von nachstehendem Konto den Mitgliedsbeitrag von jährlich

€ \_\_\_\_\_ (Mindestbeitrag € 12,-) per Lastschrift ein. Sollte mein Konto die

erforderliche Deckung nicht aufweisen, besteht seitens des kontoführenden Instituts keine

Verpflichtung zur Einlösung.

Name der Bank \_\_\_\_\_

BLZ \_\_\_\_\_ Kontonr. \_\_\_\_\_

Ort, Datum \_\_\_\_\_

Unterschrift des Kontoinhabers \_\_\_\_\_