

Hiermit erkläre ich unter Anerkennung der Satzung des „**Verein zur Förderung des Notarzt- und Rettungsdienstes im Ammertal e.V.**“ meine Mitgliedschaft. Der Jahresmitgliedsbeitrag beträgt 10,- € pro Kalenderjahr.

Name, Vorname

Anschrift (Straße, PLZ, Ort)

Telefonnummer

Geburtsdatum

Unterschrift

Außerdem ermächtige ich den „**Verein zur Förderung des Notarzt- und Rettungsdienstes im Ammertal e.V.**“ widerruflich jährlich bei Fälligkeit den Mitgliedsbeitrag von meinem Konto per SEPA-Lastschrift (Gläubiger-ID: DE57ZZZ00000291495) einzuziehen:

IBAN

BIC

Name der Bank

Datum und Unterschrift