

Aufnahmeantrag



Hiermit beantrage ich die Aufnahme in den Verein Ambulante Medizin Osthessen (AMO) e.V. zum nächstmöglichen Zeitpunkt. Die Mitgliedschaft beginnt mit dem ersten Tag des auf die positive Entscheidung des Vorstands über den Aufnahmeantrag folgenden Monats. Vereinssatzung und Beitragsordnung gehen Ihnen gesondert zu.

Der **vierteljährliche Beitrag** beträgt für stimmberechtigte Mitglieder (Ärztin/Arzt) derzeit **€ 30,00** und wird jeweils zum 31.03., 30.6., 30.09. und 31.12. eines jeden Jahres eingezogen. Fällt der Fälligkeitstag auf einen Samstag, Sonntag oder Feiertag nach S€PA-Regelung, verschiebt sich der Fälligkeitstag auf den nächst folgenden Geschäftstag. Sollte unsere Generalversammlung zukünftig Beitragsänderungen beschließen, informieren wir Sie umgehend darüber.

Bitte senden Sie uns den Aufnahmeantrag auf dem Postweg zu.

Name:

Vorname:

Titel:

Geburtsdatum:

Berufsbezeichnung:

Privatanschrift:

Dienstanschrift

Email-Adresse:

Telefonnummer (privat):

Telefonnummer (dienstlich):

Ort, Datum

Unterschrift

Ambulante Medizin Osthessen e.V., Goethestr. 1, 36154 Hosenfeld-Hainzell, Tel.: 06650-240 oder 0173-6645640, FAX: 06650-713, Email: info@ambulante-medizin-osthessen.de

Datenschutzerklärung:

Ich bin damit einverstanden, dass die von mir angegebene(n) Telefonnummer(n) zur Durchführung des Mitgliedschaftsverhältnisses durch den Vereinsvorstand genutzt und hierfür auch an andere Vereinsmitglieder (z. B. zur Bildung von Fahrgemeinschaften) weitergegeben werden darf/dürfen. Ich bin damit einverstanden, dass meine o. g. E-Mail-Adresse ebenfalls zu Vereinszwecken an andere Vereinsmitglieder weitergegeben werden darf. Mir ist bekannt, dass ich die Einwilligung in die Datenverarbeitung der E-Mail-Adresse sowie in die Weitergabe der Telefonnummer(n) an andere Vereinsmitglieder jederzeit ganz oder teilweise mit Wirkung für die Zukunft widerrufen kann.

Ort, Datum

Unterschrift

Einwilligung zur Veröffentlichung von Bildern:

Ich bin damit einverstanden, dass der Verein im Zusammenhang mit dem Vereinszweck sowie satzungsgemäßen Veranstaltungen personenbezogene Daten und Fotos von mir in der Vereinszeitung und auf der Homepage des Vereins veröffentlicht und diese ggf. an Print- und andere Medien übermittelt.

Veröffentlicht werden ggf. Fotos, der Name, die Vereinszugehörigkeit, die Funktion im Verein. Mir ist bekannt, dass ich jederzeit gegenüber dem Vorstand der Veröffentlichung von Einzelfotos und persönlichen Daten widersprechen kann. In diesem Fall wird die Übermittlung/Veröffentlichung unverzüglich für die Zukunft eingestellt. Etwa bereits auf der Homepage des Vereins veröffentlichte Fotos und Daten werden dann unverzüglich entfernt.

Ort, Datum

Unterschrift

SEPA-Lastschriftmandat

Ich ermächtige den Verein Ambulante Medizin Osthessen (AMO) e.V. Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die vom Verein Ambulante Medizin Osthessen e.V. auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

Hinweis: Ich kann innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des Betrages verlangen. Es gelten dabei die mit meinem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

Vorname und Name (Kontoinhaber, falls abweichend vom Antragsteller)

Kreditinstitut (Name und BIC)

IBAN

Ort, Datum

Unterschrift

Gläubiger-Identifikationsnummer: DE47ZZZ0002442261

Die Mandatsreferenz wird separat mitgeteilt