



An  
Leininger Notarztzirkel e.V.  
c/o Sekretariat Anästhesiologie  
Kreis Krankenhaus Grünstadt  
Westring 55  
67269 Grünstadt

## Mitgliedsantrag

Name:

Straße:

Wohnort:

Email:

Telefon:

Hiermit beantrage ich die Mitgliedschaft im Leininger Notarztzirkel e.V.. zum   
Eine Kopie der Vereinssatzung habe ich erhalten.

## Einzugsermächtigung

Hiermit ermächtige ich den Leininger Notarztzirkel e.V., den jährlichen Mitgliedsbeitrag

10 Euro (Nichtfachärzte, Sonstige)  20 Euro (Fachärzte, freiwillig)

jederzeit widerruflich bei Fälligkeit zu Lasten meines angegebenen Girokontos mit Lastschrift einzuziehen. Wenn mein Konto nicht die erforderliche Deckung aufweist, besteht für das kontoführende Kreditinstitut keine Verpflichtung zur Einlösung.

Konto-Nummer:

Bankleitzahl:

Kreditinstitut:

Kontoinhaber (nur ausfüllen falls abweichend vom Antragsteller)

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

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des Antragstellers

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

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