

Aufnahmeantrag



Defibrillator (ICD) Deutschland e.V.

Geschäftsstelle

Matthias Kollmar

Richard-Wagner-Straße 4

69214 Eppelheim

Ich beantrage die Mitgliedschaft der Klinik / Reha-Zentrum / Praxis
im Bundesverband **Defibrillator (ICD) Deutschland e.V.**

Name, Vorname

Ansprechpartner

Funktion

Klinik /Praxis

Straße, Nummer

PLZ Ort

Telefon

E-Mail

Der Jahresbeitrag beträgt: (Beginn mit dem laufenden Kalenderjahr

- 200,00 €** für Kliniken, Reha-Zentren, Kardiologische Praxen usw. jährlich
- Bitte senden Sie uns eine Rechnung
- Wir erteilen ein Lastschriftmandat mit beiliegendem Formular

Diese Angaben unterliegen dem Datenschutz und werden nicht an Dritte weitergegeben.

Ich bin damit einverstanden, dass sie elektronisch gespeichert werden.

Ort, Datum

Unterschrift