



... wir tun was!

Bitte vorab als Fax an: 0221-139 836 65 Antrag auf Mitgliedschaft

Titel

Vorname Name

Facharztbezeichnung

Straße Hausnr

PLZOrt

Telefon

Fax

E-Mail

Ich wünsche die Aufnahme in das HNOnet NRW eG als ordentliches Mitglied zum nächst
möglichen Termin. Ich habe die Satzung vom 22.04.2009 zur Kenntnis genommen.
Ich stimme der Speicherung meiner Daten zu.

Ort, Datum

Unterschrift

**Ich ermächtige das HNOnet NRW eG zum Bankeinzug der einmaligen
Eintrittsgebühr von € 360 und zum Erwerb eines Genossenschaftsanteils
im Wert von € 400 als SEPA-Lastschrift.**

.....
Kontoinhaber

.....
IBAN BIC

Ort, Datum

Unterschrift

(Nach Eingang der Gebühren wird die Aufnahme in das HNOnet NRW eG per e-mail bestätigt)

