

## Aufnahmeantrag

Hiermit beantrage ich die Aufnahme in den Alumni Netzwerk Pflege braucht Eliten e.V.

Name*	Vorname*	Titel

Privatanschrift*		
Straße*	PLZ*	Ort*
Telefon privat*	Telefax privat	Geburtsdatum*
E-Mail**		

Dienstanschrift		
Arbeitgeber	Straße	PLZ und Ort
Diensttelefon	Diensttelefax	E-Mail dienstlich **

Ausbildung / Studium	Abschluss
Fachliche Interessenschwerpunkte / Arbeitsgebiete	
Aktuelle Projekte, die Sie zurzeit oder zukünftig bearbeiten.	
Datum	Unterschrift

\* Diese Felder sind Pflichtfelder

\*\* Wir nutzen hauptsächlich den E-Mail-Weg zur Kommunikation im Alumni Netzwerk. Daher müssen Sie eine E-Mail-Adresse unbedingt angeben.

Wir möchten den administrativen Aufwand so gering wie möglich halten. Daher ziehen wir den Mitgliedsbeitrag für Sie bequem von Ihrem Konto ein. Bitte erteilen Sie uns eine entsprechende Ermächtigung, die Sie natürlich jederzeit widerrufen können.

Einzugsermächtigung		
Hiermit erteile ich dem Alumni Netzwerk Pflege braucht Eliten e.V. bis auf Widerruf die Erlaubnis, meinen fälligen Mitgliedsbeitrag (lt. Satzung zurzeit 50,- € / Jahr) von meinem nachfolgenden Konto einzuziehen.		
Kontoinhaber (Vorname, Name)	Konto-Nummer	BLZ
Institut bzw. Bank	Datum	Unterschrift

Ihre persönlichen Daten werden im Rahmen der Datenschutzbestimmungen elektronisch gespeichert und nur im Rahmen der Vereinsarbeit benutzt.