

**Defibrillator (ICD) Deutschland e. V.**  
z. Hd. Herrn Peter Esterl  
Kreutstraße 13

85354 Freising



### Aufnahmeantrag

Hiermit beantrage ich/wir die Mitgliedschaft im **Defibrillator (ICD) Deutschland e.V.**

Gruppe / Klinik usw.	Personenzahl
Vorname	Nachname
Geb.	Beruf
PLZ / Ort	Straße / Nr.
Tel.	e-Mail

### Abbuchungsermächtigung

Gleichzeitig erteile ich hiermit dem **Defibrillator (ICD) Deutschland e.V.** (bis auf Widerruf) für meinen/unsere Jahresbeitrag:

Natürliche Personen 12,00 €

SH-Gruppen oder Fördermitgliedschaft mindestens 50,00 €

Kliniken, Reha-Zentren, Kardiologische Praxen usw. mindestens 200,00 € jährlich

Institut	Sitz des Instituts
BLZ	Kto.Nr.

Diese Angaben unterliegen dem Datenschutz und werden nicht an Dritte weitergegeben. Ich bin damit einverstanden, dass sie elektronisch gespeichert werden.

Ort/Datum	Unterschrift
-----------	--------------