

# Aufnahmeantrag

.....  
Name , Titel

Vorname

.....  
Anschrift

.....  
Geburtsdatum

Telefon

Telefax

e-Mail-Adresse

.....  
Beruf und Fachgebiet

Hiermit beantrage ich die Mitgliedschaft im

**Triathlon-Verein Deutscher Ärzte und Apotheker e.V. (TVDÄ)**

.....  
Ort, Datum

Unterschrift

---

---

## Einzugsermächtigung

Ich

.....  
ermächtige den Triathlon Verein Deutscher Ärzte und Apotheker e.V. von meinem Konto bei der

.....  
Nam der Bank

.....  
Konto-Nummer

BLZ

den Jahresbeitrag, bis auf Widerruf, einzubehalten. Die Abbuchung erfolgt einmal jährlich.

.....  
Ort, Datum, Unterschrift

Bitte senden an:

Triathlon-Verein Deutscher Ärzte und Apotheker e.V.

Priv.-Doz. Dr. Martin Engelhardt

Klinikum Osnabrück

Am Finkenhügel 1, 49076 Osnabrück

e-Mail Adresse:

ehhshgh@AOL.com

Fax-Nr.:

02607/1078