

Sehr geehrte Kolleginnen und Kollegen,  
liebe Mitglieder,  
liebe Interessenten



wir dürfen Sie hiermit herzlich zur diesjährigen ordentlichen Mitgliederversammlung des Fördervereins Notfallmedizin in der Region X (FöNiX) e.V. einladen.

Die Jahreshauptversammlung findet am

**Montag, den 08.04.2024 um 17:00 Uhr** im

**ISI – Ingolstädter Simulations- und Weiterbildungszentrum**

Große Rosengasse 1

85049 Ingolstadt

statt.

Die vorläufige Tagesordnung umfasst:

- TOP 1: Jahresbericht 2023
- TOP 2: Finanzbericht
- TOP 3: Entlastung des Vorstandes und der Kassiererin
- TOP 4: Projekte 2024, Vorstellung ISI
- TOP 5: Aufnahme neue Mitglieder
- TOP 6: Neuwahlen der Vorstandschaft
- TOP 7: Sonstiges

Ergänzungen der Tagesordnung müssen gemäß Satzung bis spätestens 1 Woche vor der Mitgliederversammlung formlos beim Vorstand beantragt werden.

Wir freuen uns auf zahlreiches Erscheinen!

Bis dann und viele Grüße,

die Vorstandschaft

Anfahrtshinweis:

Bitte parken Sie am „Volksfestplatz“ (Dreizehnerstr., 85049 Ingolstadt) oder „Am Schloß“ und kommen Sie zu Fuß in die Rosengasse, da dort nur sehr bedingt Parkplätze zur Verfügung stehen.

*FÖNIX - Förderverein Notfallmedizin in Ingolstadt und Region 10 e.V.*

*c/o Klinikum Ingolstadt GmbH*

*Sekretariat der Klinik für Anästhesie und Intensivmedizin*

*Krumenauerstraße 25*

*85049 Ingolstadt*



## Aufnahmeantrag

Hiermit beantrage ich,

Name, Vorname \_\_\_\_\_

Geburtsdatum \_\_\_\_\_

Straße \_\_\_\_\_

PLZ / Wohnort \_\_\_\_\_

Telefon \_\_\_\_\_

Email \_\_\_\_\_

die Aufnahme in den Verein FÖNIX - Förderverein Notfallmedizin in Ingolstadt und Region 10 e.V. ab

dem: \_\_\_\_\_

Der Jahresbeitrag beträgt 50 €

Einzug erfolgt jährlich zum 1. Januar (es erfolgt keine Vorab-Info mehr)

.....

Ort, Datum Unterschrift

FÖNIX - Förderverein Notfallmedizin in Ingolstadt und Region 10 e.V.

c/o Klinikum Ingolstadt GmbH

Sekretariat der Klinik für Anästhesie und Intensivmedizin

Krumenauerstraße 25

85049 Ingolstadt



## SEPA-Lastschriftmandat

(wiederkehrende Zahlungen)

Gläubiger-Identifikationsnummer: DE08ZZZ00002577697

Mandatsreferenz: Jahresbeitrag FÖNIX

Ich ermächtige den Verein FÖNIX - Förderverein Notfallmedizin in Ingolstadt und Region 10 e.V. Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die vom Verein FÖNIX - Förderverein Notfallmedizin in Ingolstadt und Region 10 e.V. auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

Hinweis: Ich kann innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrages verlangen.

Es gelten dabei die mit meinem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

Kreditinstitut: ..... BLZ: ..... BIC: .....

Konto-Inhaber: ..... IBAN: D E \_ \_ | \_ \_ \_ | \_ \_ \_ | \_ \_ \_ | \_ \_ \_ | \_ \_

Die Daten werden zur Vereinsverwaltung auf elektronischen Datenträgern während der Mitgliedschaft gespeichert.

....., den .....

.....

Unterschrift