

Aufnahmeantrag

Ich möchte Mitglied der Krebsgesellschaft Mecklenburg-Vorpommern e.V. werden!

Ich möchte **ordentliches** Mitglied werden als:

- Arzt oder entsprechender Stand (Beitrag 15 €/Jahr)
- Mitglied eines Pflege- oder Heilberufes (Beitrag 15 €/Jahr)
- Einzelperson mit einem Beitrag in Höhe von €

Name, Vorname:.....

Dienstadresse:

Institution:

Straße:

PLZ, Ort:

Tel:..... Fax:..... e-mail:.....

Privatadresse:

Straße:

PLZ, Ort:.....

Tel:..... Fax:..... e-mail:.....

- Post bitte an die Dienstadresse
- Post bitte an die Privatadresse

Der Jahresbeitrag wird im ersten Quartal per Lastschrift eingezogen. Hierfür erteile ich das SEPA-Mandat gemäß dem [beigefügten Vordruck](#)

Ort, Datum: Unterschrift:

Bitte einsenden an:
Herrn Wolfgang Schröder
Schatzmeister der Krebsgesellschaft M-V
Commerzbank AG
Schlossstraße 32-34
19053 Schwerin