

# 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