

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 _____ €/ Jahr

Beruf / Funktion: _____

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 Mecklenburg-Vorpommern e.V.
Commerzbank AG
Schlossstraße 32-34
19053 Schwerin