

# 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.: \_\_\_\_\_ 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:

Krebsgesellschaft M-V e.V.  
Herrn Wolfgang Schröder  
Direktor a.D.  
Am Vögenteich 26  
18055 Rostock

E-Mail: [schroeder.kgmV@online.de](mailto:schroeder.kgmV@online.de)