

ANTRAG AUF MITGLIEDSCHAFT

Antragssteller

Institution:

Name, Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

Beruf/ Position: _____

Klinik/Institut: _____

Adresse: _____

Telefon: _____

Fax: _____

E-Mail: _____

Mitgliedsbeitrag

- € 20,00 jährlich (Mindestsumme Privatperson)
- € 60,00 jährlich (Mindestsumme Institutionen)
- € _____ jährlich (frei gewählte Beitragssumme)

Der Mitgliedsbeitrag ist steuerlich ansetzbar.

Zahlung

Hiermit beantrage ich /unsere Institution die Aufnahme als Mitglied der Schleswig-Holsteinischen Krebsgesellschaft e.V. in Kiel. Den jeweiligen Jahresbetrag

- bitte ich bis auf Widerruf per Lastschrift von meinem Konto abzubuchen:

Nr.

Blz.

Bank/Ort

Ort und Datum

Unterschrift Antragssteller/in