

Aufnahmeantrag / Änderungsanzeige

Nachname / Ansprechpartner (bei juristischen Personen)

Vorname

Titel

Funktion / Facharzt für

Klinik / Praxis / Institution / Gesellschaft / Firma / Verein

Abteilung

Straße

Plz Ort

Telefon, dienstlich

Telefax, dienstlich

Geburtsdatum (vertraulich)

Telefon, privat (vertraulich)

Privatanschrift (vertraulich)

E-Mail

http://
Internet

Ich beantrage satzungsgemäß die außerordentliche Mitgliedschaft im Tumorzentrum Flensburg e.V. als

- natürliche Person
mit einem Jahresbeitrag von derzeit € 25,00
- juristische Person (Institution, Gesellschaft, Firma, Verein)
mit einem Jahresbeitrag von derzeit € 500,00
- und ermächtige Sie widerruflich, den von mir zu entrichtenden Beitrag bei Fälligkeit zu Lasten meines Kontos mittels Lastschrift einzuziehen. Wenn mein Konto die erforderliche Deckung nicht aufweist, besteht seitens des kontoführenden Kreditinstituts keine Verpflichtung zur Einlösung.

Kreditinstitut

IBAN

BIC

- und werde den von mir zu entrichtenden Beitrag bei Fälligkeit auf das Konto des Tumorzentrums bei der Nord-Ostsee Sparkasse IBAN: DE91 2175 0000 0012 0790 60, BIC: NOLADE21NOS überweisen.

Ich bin damit einverstanden, daß die obigen Angaben zur Erfüllung der satzungsmäßigen Aufgaben und Ziele des Tumorzentrums gespeichert und verwendet werden.

Ort, Datum

Unterschrift

Geschäftsstelle des Tumorzentrums:
Duburger Str. 81 Tel.: 0461/500 8989
24939 Flensburg Fax: 0461/500 8988

Vorsitzender:
Prof. Dr. S. Timm
Tel.: 0461/816 2511

Stellv. Vorsitzender:
Dr. D. Hartwigsen
Tel.: 04661/15 2626

Sekretär:
Prof. Dr. W. Neugebauer
Tel.: 0461/500 8989

Kassenführer:
Dr. W. Grimm
Tel.: 0461/3133 6400

Tumorzentrum Flensburg e.V.
Geschäftsstelle
Herrn Prof. Dr. W. Neugebauer
Duburger Str. 81
24939 Flensburg

oder per Fax: **0461 / 500 8988**

Raum für ergänzende Erläuterungen und Hinweise: