

## Beitrittserklärung / Einzugsermächtigung

Medizinischer Verein Greifswald e.V.

Herrn  
Univ.-Prof. Dr. med. Dr. h.c. C. Kessler  
Klinik und Poliklinik für Neurologie

Sauerbruchstraße  
17475 Greifswald



Hiermit erkläre ich meinen Beitritt in den Medizinischen Verein Greifswald e.V.

Vorname: ..... Telefon: .....

Nachname: ..... Telefax: .....

Anschrift: ..... E-Mail: .....

.....

Ich bin mit dem Einzug des Jahresbeitrages von 25,00 Euro  
(Rentner 10,00 Euro) einverstanden.

Bitte buchen Sie diesen Betrag von meinem nachfolgend aufgeführten Konto.

Konto: ..... BLZ: .....

Kreditinstitut: .....

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift