

Beitrittserklärung / Einzugsermächtigung

Medizinischer Verein Greifswald e.V.

Herrn

Prof. Dr. med. R. Ewert

Klinik für Innere Medizin B/Pneumologie

Universitätsmedizin Greifswald

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