



# Antrag auf Mitgliedschaft

## Deutsch-Griechische Mediziner-gesellschaft Bayern e.V.

Anrede:

Akadem. Titel:

Nachname:

Vorname:

Straße/Hausnummer:

Postleitzahl:

Ort:

Telefon:

Fax:

E-Mail:

Geburtsdatum:

Fachrichtung:

Hiermit beantrage ich die Mitgliedschaft in der Deutsch-Griechischen Mediziner-gesellschaft Bayern e.V..

Ort/Datum \_\_\_\_\_ Unterschrift \_\_\_\_\_

### Lastschrifteinzugsermächtigung

(bitte unbedingt ausfüllen)

Jahresbeitrag:

Hiermit ermächtige ich den DGMG Bayern e.V. die fälligen Mitgliedsbeiträge bis auf Widerruf von meinem unten angegebenen Konto abzubuchen.

Kontoinhaber:

Geldinstitut:

BIC:

IBAN:

Ort/Datum \_\_\_\_\_ Unterschrift \_\_\_\_\_

Bitte den ausgefüllten und unterschriebenen Antrag per Post oder per E-Mail an [info@dgmgbayern.de](mailto:info@dgmgbayern.de) senden.