



Antrag auf Mitgliedschaft

Deutsch-Griechische Medizinergesellschaft 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 Medizinergesellschaft 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 senden.