

**Mitgliedsantrag „Verein zur Förderung der Bochumer Medizin e.V.“**

Hiermit beantrage ich die Mitgliedschaft für den Verein zur Förderung der Bochumer Medizin e.V.

**(bitte maschinell oder in Druckschrift ausfüllen)**

Herr/Frau

Titel: ..............................................................................................................................................

Vorname: ..................................................................................................... ………………………

Nachname: ...................................................................................................................................

Dienstadresse: .............................................................................................................................

......................................................................................................................................................

......................................................................................................................................................

Privatadresse: ..............................................................................................................................

(für persönliche ............................................................................................................................

Anschreiben) ...............................................................................................................................

Email: ...........................................................................................................................................................

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Datum Unterschrift

Der Mitgliedsbeitrag beträgt 50 €/Jahr. Aus organisatorischen Gründen bitten wir um Teilnahme am Lastschriftverfahren, wozu wir die u.g. Angaben benötigen.

Hiermit beauftrage ich den Verein zur Förderung der Bochumer Medizin e.V., meinen Mitgliedsbeitrag in der jeweils gültigen Höhe per Lastschriftverfahren von meinem Konto einzuziehen. Dieser Auftrag kann von mir jederzeit widerrufen werden.

Kontoinhaber: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Geldinstitut: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

IBAN: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

BIC: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Datum Unterschrift

Bitte den Antrag an den Schatzmeister des Vereins schicken: Prof. Dr. med. Ali Canbay, Direktor, Medizinische Klinik, Knappschaftskrankenhaus, In der Schornau 23-25, D-44892 Bochum

Email: meduni-kkh@ruhr-uni-bochum.de