Medizinische Gesellschaft Bochum

c/o Dr. Christine Fahrendorf, Löwenzahnweg 1, 44797 Bochum;
Telefon: 02 34/54 42 52 23

e-mail: info@medizinische-gesellschaft-Bochum.de
www.medizinische-gesellschaft-bochum.de

Beitrittserklärung

Hiermit erkläre ich meinen Beitritt in die Medizinische Gesellschaft Bochum

Vorname _____

Name _____

Geburtsdatum _____

Fachrichtung _____

Straße _____

PLZ / Wohnort _____

Telefon _____

Telefax _____

E-Mail-Adresse _____

Ich wünsche die Einladungen per Mail: ☐ postalisch: ☐

_____ _____
Ort, Datum Unterschrift, Arztstempel

Einzugsermächtigung

Hiermit ermächtige ich widerruflich die Medizinische Gesellschaft Bochum von meinem Konto den jeweils fälligen Mitgliedsbeitrag abzubuchen. **Jahresbeitrag € 90.-**
Die Beitragseinzüge erkennen Sie an unserer **Gläubiger-Identifikationsnummer DE22ZZZ00000853755** und an Ihrer persönlichen Mandatsreferenz (Mitgliedsnummer).

IBAN _____ _____ _____ _____ _____ ___BIC _____ _____

bei _____

_____ _____
Ort, Datum Unterschrift