



Vereinigung der Niederrheinisch Westfälischen Chirurgen

Aufnahmeantrag



An
Prof. Dr. Jochen Erhard
Kreuzstraße 28
Evangelisches Krankenhaus
46535 Dinslaken
Deutschland

Antrag zur Aufnahme in die Vereinigung der Niederrheinisch Westfälischen Chirurgen

Ich möchte Mitglied in der Vereinigung der Niederrheinisch Westfälischen Chirurgen werden und bitte, mich in das Mitgliederverzeichnis aufzunehmen. Ich versichere den Mitgliedsbeitrag in Höhe von 30 € pro Jahr, fällig am Jahresanfang, an das am Ende aufgeführte Konto zu überweisen. Durch einfache schriftliche Erklärung kann ich die Mitgliedschaft kündigen.

Titel	<input type="checkbox"/>	Dr.	<input type="checkbox"/>	Prof.	<input type="checkbox"/>	Prof. Dr. med.	<input type="checkbox"/>
Nachname	<input type="text"/>						
Vorname	<input type="text"/>						
Geschlecht	<input type="text"/>						
Geburtsdatum	<input type="text"/>						
Dienstlich							
Institution	<input type="checkbox"/>	Praxis	<input type="checkbox"/>	Krankenhaus ¹⁾	<input type="checkbox"/>		
ggf. Name der Institution ¹⁾	<input type="text"/>						
E-Mail Adresse	<input type="text"/>						
Straße / Hausnummer	<input type="text"/>						
PLZ / Wohnort	<input type="text"/>						
Telefon	<input type="text"/>						
Fax	<input type="text"/>						
Privat							
E-Mail Adresse	<input type="text"/>						
Straße / Hausnummer	<input type="text"/>						
PLZ / Wohnort	<input type="text"/>						
Telefon	<input type="text"/>						
Fax	<input type="text"/>						

Ich bin damit einverstanden,

dass meine private	<input type="checkbox"/>	Ja	<input type="checkbox"/>	Nein	<input type="checkbox"/>
dienstliche E-Mail Adresse	<input type="checkbox"/>	Ja	<input type="checkbox"/>	Nein	<input type="checkbox"/>

im Mitgliederverzeichnis der Vereinigung veröffentlicht wird (bitte getrennt angeben)



Vereinigung der Niederrheinisch Westfälischen Chirurgen

Aufnahmeantrag



Allgemeine Bemerkungen

Einzugsermächtigung

Falls Sie den Jahresbeitrag in Höhe von 30 € pro Jahr, per Lastschriftverfahren begleichen möchten, so bitten wir Sie, folgende Einzugsermächtigung auszufüllen.

Hiermit gestatte ich der Vereinigung der Niederrheinisch Westfälischen Chirurgen einmal jährlich den ermäßigten Jahresbeitrag von 30 € von meinem unten angegebenen Konto abzubuchen. Diese Ermächtigung verfällt, sobald ich schriftlich die Mitgliedschaft bei den Niederrheinisch Westfälischen Chirurgen kündige.

Kontoinhaber
Kreditinstitut
Bankleitzahl
Kontonummer

Bürgen

Bitte tragen Sie Namen von 2 Bürgen ein, die bereits Mitglied in der Vereinigung der Niederrheinisch Westfälischen Chirurgen sind. Falls Sie niemanden in der Vereinigung kennen, so vermerken Sie dies bitte durch einen entsprechenden Eintrag.

Bürge 1

Bürge 2

Bankverbindung der Vereinigung der Niederrheinisch Westfälischen Chirurgen

Bank
Kontonummer
Bankleitzahl
Kontoinhaber

Bank im Bistum Essen
77200010
36060295
Niederrheinisch Westfälische Chirurgen