

Aufnahmeantrag



Hiermit beantrage ich die Aufnahme in das Deutsche Netzwerk Nierenzelltumoren e.V..

Über die Mitgliedschaft entscheidet der Vorstand lt. Satzung.

Der Jahresbeitrag für Mitglieder wird ausschließlich per Bankeinzug beglichen.

Der Mitgliedsbeitrag beträgt z. Zt. 50€/Jahr für die Einzelmitgliedschaft; Beitrag für juristische Personen auf Anfrage.

Name	Vorname	Titel	
Funktion			
Privatadresse	PLZ	Ort	
Straße			
Dienstadresse	PLZ	Ort	
Institut/Klinik		Abteilung	
Telefon			
Telefax			
E-Mail			

Ort, Datum

Unterschrift

Einzugsermächtigung

Kontoinhaber	Kontonummer	BLZ
Bank	Ort	

Ort, Datum

Unterschrift

Bitte senden an:

Dr. med. Sandra Steffens
Klinik für Urologie und Uroonkologie
Carl-Neuberg Strasse 1
30625 Hannover
Fax +49-511-532-3481