

## Beitrittserklärung / Einzugsermächtigung

Medizinischer Verein Greifswald e.V.

Herrn

Prof. Dr. med. M. Zygmund

Klinik und Poliklinik für Frauenheilkunde und Geburtshilfe

Universitätsmedizin Greifswald

Sauerbruchstraße

17475 Greifswald



Hiermit erkläre ich meinen Beitritt in den Medizinischen Verein Greifswald e.V.

Vorname: ..... Telefon: .....

Nachname: ..... Telefax: .....

Anschrift: ..... E-Mail: .....

.....

Ich bin mit dem Einzug des Jahresbeitrages von 25,00 Euro

(Rentner 10,00 Euro) einverstanden.

Bitte buchen Sie diesen Betrag von meinem nachfolgend aufgeführten Konto.

Konto: ..... BLZ: .....

Kreditinstitut: .....

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift