

Aufnahmeantrag

Bitte senden Sie diesen Aufnahmeantrag an:

Dr. med. Peter Olbert

Philips Universität Marburg
Klinik für Urologie und Kinderurologie
Baldingerstraße
35033 Marburg / Lahn

Tel.: 06421 / 58-62513
Fax: 06421 / 58-65590
Email: Olbert@med.uni-marburg.de
www.uni-marburg.de/fb20/urologie

**Hiermit bitte ich um Aufnahme als Mitglied in den
Deutschen Forschungsverbund Blasenkarzinom e.V.**

Name, Vorname _____

Titel: _____

Geburtsdatum: _____

Anschrift dienstlich: _____

Anschrift privat: _____

Tel: _____

Fax: _____

Email: _____

Jahresbeitrag für ordentliche Mitglieder: € 50.-

Einverständniserklärung zum Abbuchungsverfahren

Hiermit erkläre ich mein Einverständnis, den Jahresbeitrag des Deutschen Forschungsverbundes Blasenkarzinom e.V. von meinem Konto abbuchen zu lassen. Diese Erklärung kann jederzeit von mir widerrufen werden.

Kontonummer: _____

BLZ: _____

Bank: _____

Kontoinhaber: _____

Datum

Unterschrift