

Berliner Medizinische Gesellschaft e.V.
Luisenstraße 58/59

10117 Berlin

Mitgliedsantrag

Ich beantrage die Aufnahme in die Berliner Medizinische Gesellschaft e.V.

Name

.....

Mein Mitgliedsbeitrag beträgt
(bitte ankreuzen)

Vorname

.....

50 € pro Jahr
(Arzt/Ärztin in leitender Position
bzw. niedergelassen)

Titel

.....

Dienststellung

.....

25 € pro Jahr
(Assistenzarzt/-ärztin
bzw. in vergleichbarer Position)

Adresse

.....

E-Mail

.....

kostenlose Mitgliedschaft
(Studierende)

Datum

.....

Unterschrift

.....

Ich möchte der Berliner Medizinischen Gesellschaft die Erlaubnis erteilen, den Mitgliedsbeitrag einmal jährlich von meinem Konto abzubuchen. (Die SEPA-Einzugsermächtigung schicken wir Ihnen umgehend zu.)

Den Mitgliedsbeitrag überweise ich auf das Konto der Berliner Medizinischen Gesellschaft: Commerzbank Berlin
IBAN DE29 1004 0000 0651 3444 00
BIC COBADEFFXXX