

IHR ANSPRECHPARTNER

Name : Prof. Dr. med. Olaf Schedler
Funktion : Vorsitzender
Dienststelle : Helios Klinikum Bad Saarow
Straße : Pieskower Strasse 33
PLZ, Ort : 15526 Bad Saarow
Telefon : 03363173412
Fax: : 03363173312
e-mail : olaf.schedler@helios-kliniken.de

Antrag auf Aufnahme als

- ordentliches Mitglied
- außerordentliches Mitglied

Name: _____ Vorname: _____

Wiss.-Grad/Titel: _____ Geb.Datum: _____

Fachrichtung: _____

Dienststelle: _____

Dienststellung: _____

Dienstanschrift: _____

Tel.: _____ Fax: _____

Privatanschrift: _____

Tel.: _____ Fax: _____

Email: _____

Interessengebiet: _____

Ich erkläre mich einverstanden, dass die Mitgliedsbeiträge in Höhe von 40,00 € pro Jahr im Einzugsermächtigungsverfahren von meinem Konto abgebucht werden.

Konto-Nr.: _____ BLZ: _____

Bankverbindung: _____

(Ort, Datum)

(Unterschrift)