

Absender / Stempel:

Tumorzentrum Vorpommern e.V.
an der Universitätsmedizin Greifswald
- Vorstand -
Walther-Rathenau-Straße 48
17475 Greifswald

Fax 03834 865897
E-Mail tzentrum@uni-greifswald.de

ANTRAG AUF MITGLIEDSCHAFT

Hiermit beantrage ich die Aufnahme in das Tumorzentrum Vorpommern e.V.

Name, Vorname:

Geb. am:

Wohnanschrift:

Telefon priv.*

Tätigkeit:

Einrichtung/Anschrift:

Tel./Fax/E-Mail dienstlich:

- Hiermit bitte ich um Aufnahme in das Tumorzentrum Vorpommern e.V.
- Die aktuelle Satzung erkenne ich an
- Mit der Zusendung von Informationen/Einladungen etc. des Tumorzentrums an o.g. E-Mail-Adresse bin ich einverstanden.

.....
Ort, Datum

.....
Unterschrift/Stempel

Die Mitgliedschaft als ordentliches / förderndes Mitglied wird vorläufig bestätigt.

Aufnahme beschlossen am

.....
Unterschrift

*optional