Brandenburgische
Arbeitsgemeinschaft
Kardiologie e.V.

Beitrittserklärung

zur Brandenburgischen Arbeitsgemeinschaft **Kardiologie** e.V

Name: .....**Vorname:** .....**Titel:** .....

Adressen (dienstlich)

Institution: .....

Straße: .....

PLZ: ..... **Stadt:** .....

Fon: ..... **Fax:** .....

E-Mail: .....

privat (wenn gewünscht)

Straße: .....

PLZ: ..... **Stadt:** .....

Fon: ..... **Fax:** .....

E-Mail: .....

Korrespondenzadresse 0 **dienstlich** 0 **privat**

..... **Ort, Datum** **Unterschrift**

Der Jahresbeitrag beträgt:

50€ für Fach-, Ober-, und leitende Ärzte

25€ für Ärzte in Ausbildung

Zahlung per:

0 **Überweisung**

0 **Einzugsermächtigung**

Ich erteile hiermit die Einzugsermächtigung von meinem Konto bei der ..... mit der Konto-Nummer ..... BLZ .....durch die Mittelbrandenburgischen Sparkasse auf das Konto des Vereins mit der Konto-Nummer 3503009239, BLZ 16050000. Die Einzugsermächtigung kann ich jederzeit widerrufen. Die Rechnung wird mir zugesandt.

.....
Ort, Datum **Unterschrift**

Bitte Antrag rücksenden an ChA Dr. Minden

Oberhavel-Kliniken GmbH
Marwitzer Straße 91, 16761 Hennigsdorf

Vorsitzender:
Prof. Dr. med. J. Albes, MBA
Ev.-Freikirchliches Krankenhaus
und Herzzentrum Brandenburg
Ladeburger Strasse 17
16321 Bernau
03338 694510

Schatzmeister:
Dr. med. H. Minden
Oberhavel-Kliniken GmbH
Marwitzer Strasse 91
16761 Hennigsdorf
03302 5454251