

Tumorzentrum Anhalt
am Städtischen Klinikum Dessau e. V.
Auenweg 38

06847 Dessau-Roßlau

BEITRITTSERKLÄRUNG

Hiermit erkläre ich

Titel / Vorname / Name _____

Straße / PLZ / Ort _____

Telefon (privat) _____

Institution _____

Funktion _____

Straße / PLZ / Ort _____

Telefon _____ Fax _____

E-Mail: _____

meinen Beitritt zum Verein

TUMORZENTRUM ANHALT AM STÄDTISCHEN KLINIKUM DESSAU E. V.

und verpflichte mich, im Sinne der mir vorliegenden Satzung zur Erfüllung der darin festgeschriebenen gemeinnützigen Ziele aktiv mitzuwirken.

Den **Mitgliedsbeitrag** in Höhe von _____ € (Mindestbeitrag 15,00 €) überweise ich auf das Konto bei der Bayerischen Hypo- und Vereinsbank AG, Johannisstraße 14 a, 06844 Dessau

Konto-Nr.: 8942072
BLZ: 80020087

Datum: _____ Unterschrift _____