

Mitgliedsantrag

Herrn
Dr. med. Christoph Löser
Leitender Oberarzt
Hautklinik Ludwigshafen
Bremsenstr. 79
67063 Ludwigshafen/Rhein

Hiermit beantrage ich meine Mitgliedschaft in der Arbeitsgemeinschaft für Geschichte der Dermatologie und Venerologie (AGDV) e.V. Mit den satzungsmäßigen Zielen erkläre ich mich einverstanden. Mir ist bekannt, daß der Schriftverkehr in Vereinsangelegenheiten nach Möglichkeit sämtlich per Internet abgewickelt wird. Weiterhin erkläre ich mein Einverständnis mit dem jährlichen Einzug des Mitgliedsbeitrags per Bankeinzug (bei Auslandsmitgliedschaften mit meiner jährlichen, unaufgeforderten Überweisung; IBAN: DE33 2802 0050 7804 2330 00, SWIFT-BIC: OLBO DE H2).

Persönliche Angaben:

- O reguläre Mitgliedschaft (10 Euro/Jahr)
O beitragsfreie Mitgliedschaft (Pensionäre)

bitte zutreffendes ankreuzen!

Titel: _____
Vorname: _____
Name: _____
Geburtsdatum: _____
Email: _____
Telephon: _____
Fax: _____
Anschrift: _____

Besondere geschichtliche Interessen: _____

Bankinstitut: _____
Blz: _____
Kontonummer: _____

Ort, Datum _____

Unterschrift _____