

Berliner Medizinische Gesellschaft e.V.
Luisenstraße 58/59

10117 Berlin

Mitgliedsantrag

Ich beantrage die Aufnahme in die Berliner Medizinische Gesellschaft e.V.

Name	Mein Mitgliedsbeitrag beträgt (bitte ankreuzen)
Vorname	<input type="checkbox"/> 50 € pro Jahr (Arzt/Ärztin in leitender Position bzw. niedergelassen)
Titel	<input type="checkbox"/> 25 € pro Jahr (Assistenzarzt/-ärztin bzw. in vergleichbarer Position)
Dienststellung	<input type="checkbox"/> kostenlose Mitgliedschaft (Studierende)
Adresse	
E-Mail	
Datum	Unterschrift

Ich möchte der Berliner Medizinischen Gesellschaft die Erlaubnis erteilen, den Mitgliedsbeitrag einmal jährlich von meinem Konto abzubuchen. (Die SEPA-Einzugsermächtigung schicken wir Ihnen umgehend zu.)

Den Mitgliedsbeitrag überweise ich auf das Konto der Berliner Medizinischen Gesellschaft: Commerzbank Berlin
IBAN DE29 1004 0000 0651 3444 00
BIC COBADEFFXXX