

Deutsch-Griechische Mediziner-gesellschaft Bayern e.V.

Emailfabrikstraße 19

92224 Amberg

Tel.: 09621/91633 -0

Fax: 09621/91633 -19

E-Mail:

manolikakis@dgmg-bayern.de

ANTRAG AUF MITGLIEDSCHAFT IN DER
DEUTSCH-GRIECHISCHEN MEDIZINERGESELLSCHAFT BAYERN e.V.

Anrede: Frau Herr

Name:

Vorname:

Akadem. Titel: Prof. Dr. med. Cand. Med.
 Dr. med. Privat-Dozent PD

Fachrichtung:

Geburtsdatum:

Anschrift: Straße:

PLZ/Ort: /

Telefon: Fax:

E-Mail:@.....

Hiermit beantrage ich die Mitgliedschaft in der Deutsch-Griechischen
Mediziner-gesellschaft Bayern e.V.

Ort/Datum: Unterschrift:

LASTSCHRIFTEINZUGSERMÄCHTIGUNG

(bitte unbedingt ausfüllen)

Jahresbeitrag: Fachärzte: 75 Euro

Ärzte in Weiterbildung: 50 Euro

Studenten der Medizin: frei

Hiermit ermächtige ich die DGMG Bayern e.V. die fälligen Mitgliedsbeiträge bis auf
Widerruf von meinem unten angegebenen Konto abzubuchen.

Name des Kontoinhabers:

Geldinstitut:

BIC:

IBAN:

Ort/Datum: Unterschrift:

Amtsgericht Nürnberg

IBAN: DE26762200730300914786

Bankverbindung: Hypovereinsbank Fürth

BIC:HYVEDEMM419