



Aufnahmeantrag

Bitte zurücksenden an den Vorstand:
Dr. Michael Schlotmann M.Sc.
Kornblumenweg 6, 58708 Menden

Ich bitte um Aufnahme in den Verein Continuum Zahnmedizin Alma Mater Greifswald e.V. als

Einzelperson Unternehmen Assistent (Universität _____)

Name: _____ Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

Firma: _____

Straße: _____

PLZ, Ort: _____

Beruf: _____

E-Mail: _____

Dienstanschrift: _____

Ich habe die gültige Vereinssatzung sowie die Beitragsordnung erhalten, gelesen und anerkannt.

Ort/ Datum

Unterschrift

Einzugsermächtigung:

Hiermit ermächtige ich den Verein Continuum Zahnmedizin Alma Mater Greifswald e.V., den Jahresbeitrag im Lastschriftverfahren von meinem nachstehend näher bezeichneten Konto einzuziehen.

Name des Kontoinhabers: _____

Bankinstitut: _____

Kontonummer: _____

Bankleitzahl: _____

Ort/ Datum

Unterschrift