

Aufnahmeantrag

.....
Name, Titel

Vorname

.....
Anschrift

.....
Geburtsdatum

Telefon

Telefax

E-Mail-Adresse

.....
Beruf und Fachgebiet

Hiermit beantrage ich die **Mitgliedschaft im**

Triathlon-Verein Deutscher Ärzte und Apotheker e.V. (TVDÄ)

.....
Ort, Datum

Unterschrift

Einzugsermächtigung

Ich,
ermächtige den Triathlon Verein Deutscher Ärzte und Apotheker e.V. von meinem Konto bei der

.....
Name der Bank

.....
Konto-Nummer

BLZ

den Jahresbeitrag, bis auf Widerruf, einzubehalten. Die Abbuchung erfolgt einmal jährlich.

.....
Ort, Datum, Unterschrift

Bitte senden an:

Triathlon-Verein Deutscher Ärzte und Apotheker e.V.

Prof. Dr. Martin Engelhardt

Klinikum Osnabrück

Am Finkenhügel 1, 49076 Osnabrück

E-Mail Adresse:

datax-gmbh-stbg@t-online.de

Fax-Nr.:

02607/1078