

MITGLIEDSANTRAG

Angaben zum Mitglied: (Pro Mitglied ein Formular)

Name		
Vorname		
Firma / Klinik / Praxis		
Straße, Hausnummer		
PLZ, Wohnort		
Geburtsdatum		
Telefon-Nr.		
Email		
und Ordnungen, insbesondere zur Un	tragsteller seinen Beitritt und verpflichtet sich zur Einhaltung der Sa erstützung der Vereinsziele. n sind unverzüglich dem Verein mitzuteilen.	tzung
BEGINN DER MITGLIEDSCHAFT: Als Eintrittsdatum gilt das Datum der U	Interschrift.	
AUSTRITT / KÜNDIGUNG: Der Austritt aus dem Verein kann nur orstand mit einer 14tägigen Frist zu eir	lurch schriftliche Erklärung per Brief oder E-Mail gegenüber dem V em Quartalsende erfolgen.	
	lass ihre Daten für Vereinszwecke gespeichert werden. ch im Rahmen der Vereinsverwaltung verwenden und nicht an Dritt	e weitergeben.
Stv. Vorsitzender: Dr. med. Sven Seife	, Thomas-Müntzer-Höhe 14, 09117 Chemnitz, info@tumorakadem ert, Thomas-Müntzer-Höhe 14, 09117 Chemnitz, info@tumorakade d, Thomas-Müntzer-Höhe 14, 09117 Chemnitz, info@tumorakaden	mie.de
UNTERSCHRIFT MITGLIEDSANTRA	G:	
Datum:	Unterschrift / Stempel:	