

VEREINIGUNG NORDWESTDEUTSCHER CHIRURGEN

AUFNAHMEANTRAG

Bitte in Maschinen- oder Blockschrift ausfüllen!

Bitte senden oder faxen Sie den vollständig ausgefüllten Antrag an die
MCN Medizinische Congressorganisation Nürnberg AG, Mitgliederverwaltung NWCH, Neuwieder Str. 9, 90411 Nürnberg
Bei Fragen: Tel. 0911/39316-59, Fax 0911/39316-58, E-Mail: malat@mcn-nuernberg.de, www.nwch.de

Ich beantrage meine Aufnahme in die **Vereinigung Nordwestdeutscher Chirurgen**

zur Sommertagung

zur Wintertagung

Persönliche Angaben:

Name

Vorname

Akad. Titel

Geb.-Datum

Geb.-Ort

Privatanschrift:

Straße/Haus-Nr.

PLZ/Ort

Telefon/Fax

Email

Dienstanschrift:

Krankenhaus / Institut / Praxis

Abteilung

Straße/Haus-Nr.

PLZ/Ort

Telefon/Fax

Email

Stellung:

Chefarzt
 Belegarzt

Oberarzt
 Freie Praxis

Assistenzarzt
 Sonstige _____

Facharzt für Chirurgie

Ja

Nein

Teilgebiet:

Gefäßchirurgie
 Kinderchirurgie

Plastische Chirurgie
 Viszeralchirurgie

Unfallchirurgie/Orthopädie
Weitere Facharztbezeichnung: _____

Thorax-Kardiovaskularchirurgie

Gewünschte Zahlungsweise (bei einem derzeitigen Mitgliedsbeitrag von € 25,00 jährlich):

Bankeinzug (nur innerhalb Deutschlands)

Hiermit beauftrage ich die Vereinigung widerruflich die Jahresbeiträge bei Fälligkeit von folgendem Konto einzuziehen:

BLZ

Geldinstitut

Kontonummer

Kontoinhaber

Mit der Speicherung, Verarbeitung und Übermittlung dieser Daten gem. BDSG im Rahmen der satzungsmäßigen Aufgaben bin ich einverstanden.

Ort/Datum

Unterschrift des Antragstellers

Für die Vorlage Ihres Mitgliedsantrages bei der nächsten Mitgliederversammlung ist die Angabe von zwei Bürgen (Mitglieder in der Vereinigung Nordwestdeutscher Chirurgen) zwingend erforderlich.

Hiermit bestätige ich (Bürge) die Richtigkeit der Angaben in diesem Antragsformular.

1. Bürge

Name, Vorname

Mitgliedsnummer

Unterschrift des Bürgen

2. Bürge

Name, Vorname

Mitgliedsnummer

Unterschrift des Bürgen