

## Antrag/Aktualisierung Mitgliedschaft

**Ich bin bereits Mitglied des AK Urologische Onkologie Thüringen e.V.**

Ich möchte Mitglied des **AK Urologische Onkologie Thüringen e.V.** werden.

Name \_\_\_\_\_

Vorname \_\_\_\_\_

Titel \_\_\_\_\_

**E-Mail** \_\_\_\_\_

Telefon \_\_\_\_\_

A. Adresse/Institution/Praxis

B. Adresse Privat

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Welche Anschrift soll im Mitgliederverzeichnis erscheinen? A

B

---

### Ermächtigung zum Einzug von Forderungen mittels Lastschrift

(entfällt für Assistenzärzte in Weiterbildung)

Jahresbeitrag: **15,00 Euro**

Hiermit ermächtige ich Sie widerruflich, die von mir zu entrichtenden Zahlungen bei Fälligkeit zu Lasten meines Kontos mittels Lastschrift einzuziehen. Wenn mein Konto die erforderliche Deckung nicht aufweist, besteht seitens des kontoführenden Kreditinstitutes keine Verpflichtung zur Einlösung. Teileinlösungen werden im Lastschriftverfahren nicht vorgenommen.

\_\_\_\_\_  
Name, Anschrift

\_\_\_\_\_  
Name des Kreditinstitutes

\_\_\_\_\_  
IBAN

\_\_\_\_\_  
Ort/Datum/Unterschrift