



Aufnahmeantrag

Akademischer Grad, Name, Vorname: _____

Straße, Plz Wohnort: _____

Ich möchte dem TZA e.V. beitreten als

Ordentliches Förderndes Mitglied

Anmerkung: Ordentliches Mitglied können entsprechend unserer Satzung alle werden, die direkt oder indirekt onkologisch tätig sind oder in onkologisch tätigen Einrichtungen/ Kliniken/ Instituten arbeiten. Ich möchte regelmäßig über Aktivitäten des TZA e.V. informiert und in die Adressdatei des TZA e.V. aufgenommen werden.

Ja Nein

Die Satzung des Vereins ist über das Sekretariat des TZA, Telefon 03447-52-2353, zu beziehen.

Ort: _____ Datum: _____

Unterschrift: _____

Mitgliedsbeitrag pro Kalenderjahr beträgt (für Sie Zutreffendes bitte ankreuzen):

Für Einzelperson: € 25,--

Studenten, Ärzte im Prakti., karitative Organisationen auf Spendenbasis sind beitragsfrei.

Der Mitgliedsbeitrag ist steuerlich absetzbar.

Einzugsermächtigung

Ich bin damit einverstanden, dass mein Mitgliedsbeitrag bei Fälligkeit zu Lasten meines Kontos

Kontonummer: _____ BLZ: _____

Bank: _____

auf das Konto Nr. 0 221 571 800 der Dresdener Bank
Altenburg (BLZ 860 800 00) abgebucht wird.

Diese Einzugsermächtigung ist jederzeit widerrufbar. Sollte das angegebene Konto die erforderliche Deckung nicht aufweisen, besteht seitens des kontoführenden Kreditinstituts keine Verpflichtung zur Einlösung.

Ort: _____ Datum: _____

Unterschrift: _____

Achtung: Bitte unbedingt Einzugsermächtigung für den Mitgliedsbeitrag ausfüllen! Andere Zahlungswege sind wegen erhöhter Kosten und Verwaltungsaufwand zu vermeiden.

Wir freuen uns sehr, Sie als neues Mitglied begrüßen zu dürfen.