



NETZWERK DER
FACHWISSENSCHAFTLER
IN DER MEDIZIN E.V.

BEITRITTSERKLÄRUNG EINZELMITGLIEDSCHAFT

Titel, Name, Vorname

Geburtsdatum

Straße und Hausnummer

PLZ – Ort

Email-Adresse

Arbeitsstätte / Institution

Schwerpunkt der Tätigkeit / Funktion

Weiterbildung zum Fachwissenschaftler ja nein Bezeichnung

Hiermit beantrage ich die Mitgliedschaft im NFM e.V. ab sofort für das laufende Jahr.

Der Einzug des Mitgliedsbeitrages über 30,00 € erfolgt jährlich am 01. Februar mittels SEPA-Basis-Lastschriftverfahren. Dazu wird von Ihnen eine Einzugsermächtigung (SEPA-Lastschriftmandat) benötigt. Ein entsprechendes Formular wird Ihnen nach Aufnahme in das Netzwerk zugesandt, dass Sie bitte ausfüllen, unterschreiben und zurücksenden per Post, Fax oder als Email-Anhang. Bei Aufnahme in das Netzwerk nach dem 1. Februar ist der Mitgliedsbeitrag für das laufende Jahr zu überweisen.

Ort, Datum

rechtsverbindliche Unterschrift

Adresse

Netzwerk der Fachwissenschaftler in der Medizin e.V., Fertility Center Berlin, Spandauer Damm 130, 14050 Berlin

Fax: +49 (0) 30 233208169 / email: vorstand@nfm-ev.de

Bankverbindung

Netzwerk der Fachwissenschaftler in der Medizin (NFM)

Deutsche Bank Berlin - IBAN: DE63 1007 0024 0666 5764 00 - BIC: DEUTDE33HAN

Freiwillig höherer Mitgliedsbeiträge sind herzlich willkommen. Sie werden ausschließlich für die Durchsetzung der Ziele des NFM verwandt (www.nfm-ev.de)