



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 im ersten Halbjahr 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., Spandauer Damm 130 (Fertility Center Berlin), 14050 Berlin
Fax: +49 (0) 30 233208169 / Email: vorstand@nfm-ev.de / Internet: www.nfm-ev.de
Eingetragener Verein – Vereinsregister VR32103B / Amtsgericht Charlottenburg / Steuernummer: 27/620/61268
Netzwerk der Fachwissenschaftler in der Medizin (NFM) e.V. - Deutsche Skatbank - IBAN: DE60 8306 5408 0004 1404 78 - BIC: GENO DEF1 SLR -

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