

Mitgliedsantrag für medAlum Münster e.V.

Verein der Ehemaligen und Freunde der Medizinischen Fakultät an der Westfälischen Wilhelms-Universität Münster



Name, Vorname, Titel: _____

bei Änderungen, z.B. durch Heirat, früherer Name: _____

Straße: _____

PLZ, Wohnort: _____

E-Mail-Adresse: _____ Geburtsdatum: _____

Ich war / bin: Student/in Promovend/in Mitarbeiter/in Dozent/in Fördermitglied

Jahr der Abschlussprüfung: _____ Jahr der Promotion: _____ Mitarbeiter: bis _____ bzw. seit _____

Fach: Humanmedizin Zahnmedizin Naturwissenschaften Dr. rer. medic.
 Sonstiges: _____

Ort / Datum

Unterschrift

Einzugsermächtigung

Der Mitgliedsbeitrag in Höhe von _____ € jährlich soll bis auf Widerruf von meinem Konto abgebucht werden. (Beiträge derzeit: natürliche Personen 30,- € / juristische Personen 250,- €)
Studierende und Berufseinsteiger können gemäß Satzung eine beitragsfreie Mitgliedschaft erhalten.

Kontoinhaber: _____

Kontonummer: _____ BLZ: _____

kontoführendes Geldinstitut: _____

Ort/Datum

Unterschrift (Kontoinhaber)

Datenschutzhinweis: Selbstverständlich werden Ihre Angaben auf diesem Formular vertraulich behandelt und nicht an Dritte weitergegeben.

Bitte senden Sie den Antrag im Original an:

MedAlum Münster e.V.
c/o Dekanat der Medizinischen Fakultät Münster
Domagkstr. 3
48149 Münster