

Antrag auf Mitgliedschaft

Zur Person

Name, Vorname _____
Straße, Hausnummer _____
PLZ, Ort _____
Tel. _____
Fax _____
E-mail _____

Ja, ich möchte Mitglied in der Gesellschaft zur Förderung der Immundiagnostik e.V. werden.

Den Mitgliedsbeitrag von 50 € (Ärzte, Laborleiter, Wissenschaftler; Firmenmitarbeiter)
 25 € (MTLA, Student, interessierter Laie)
 250 € (Firma)
sowie eine Spende von ___ €

überweise ich innerhalb von 14 Tagen auf das Konto der Gesellschaft zur Förderung der Immundiagnostik e.V.

bitte ich von meinem Konto einzuziehen. Die (jederzeit widerrufbare) Einzugsermächtigung erteile ich mit unten stehender Unterschrift.

Kontoinhaber: _____ (nur wenn abweichend von obigem Namen)

Kontonummer:

Geldinstitut: _____

Bankleitzahl:

Stichwort: Mitgliedsbeitrag

Ort, Datum

Unterschrift

Vorsitzender: PD Dr. Karsten Conrad
Stellvertreter: Prof. Dr. Ulrich Sack
Schatzmeister: Dr. Thorsten Krieger

Sitz der Gesellschaft:
Dresden
Amtsgericht Dresden
VR 4127

Bankverbindung:
Konto-Nr. 312 005 9357
BLZ 850 503 00
Ostsächsische Sparkasse
Dresden

Tel: 0351/458 6540
0351/26 32 279
Fax: 0351/458 6308
E-mail: kontakt@gfid-ev.de
http:// www.gfid-ev.de