

Antrag auf Mitgliedschaft im Dt. Basketballärzte e.V.

Hiermit beantrage ich die Aufnahme in den Verein „Deutsche Basketballärzte e.V.“

Name, Vorname

Geburtsdatum

Anschrift

PLZ und Ort

Telefon, privat

Telefon, geschäftlich

Mobiltelefon

E-Mailadresse

Ihre med. Fachrichtung

Betreuer Verein

Datum, Unterschrift

Bankeinzug:

Ich bin einverstanden, dass die Mitgliedsbeiträge (aktuell 50,-€/Jahr) von folgendem Konto abgebucht werden:

Name, Vorname

SEPA

Bankinstitut

BIC

Datum, Unterschrift

Senden Sie den vollständig ausgefüllten Mitgliedsantrag bitte per
Fax an **05431 9030019**, per mail an **info@basketdocs.de**
oder per Post an Dr. Grotepass, Danzigerstr. 2, 49610 Quackenbrück