



Medizinische Hochschule Hannover
HNO-Klinik
S. Nolte / Sekretariat
Carl-Neuberg-Straße 1
30625 Hannover

AUFNAHME-ANTRAG

Name: _____ Vorname: _____

Titel: _____ Position: _____

Fachgebiet: _____

Anschrift d. Klinik/Abteilung/Institutes: _____

Telefon: _____ Telefax: _____

E-Mail: _____

Hiermit beantrage ich die Mitgliedschaft in der Deutschen Gesellschaft für Schädelbasischirurgie e.V.

Ich verpflichte mich, den vollen Mitgliedsbeitrag von derzeit jährlich € 150,00 für leitende und selbständige Ärzte bzw. € 50,00 für angestellte/beamtete Ärzte und Forscher

- zu überweisen
- einem Einzugsverfahren zuzustimmen (bitte Bankverbindung angeben).

Ort, Datum

Unterschrift

Der Antrag wird durch die folgenden Mitglieder der Deutschen Gesellschaft für Schädelbasischirurgie e.V. befürwortet:

1. _____ 2. _____

(Stempel und Unterschrift der Bürgen)