

Antrag zur Aufnahme in die Norddeutsche Orthopäden- und Unfallchirurgenvereinigung e.V. (NOUV)

Persönliche Angaben

Geschlecht		Titel	
Vorname		Nachname	
Geb.-Datum			
Klinik/Firma			
Fachrichtung			
Abteilung			
Straße			
PLZ	Stadt		
Land			
Telefon	Fax		
Email			

Ich habe von der Satzung Kenntnis genommen.

Der Mitgliedsbeitrag beträgt derzeit 25 EUR pro Jahr.

Bitte um Angabe von zwei NOUV-Mitgliedern als Ihre Bürgen und deren Unterschriften.

Bürge 1		Bürge 2	
Vorname/Name		Vorname/Name	
Ort		Ort	
Unterschrift		Unterschrift	

Ich erkläre mein Einverständnis mit dem Bankeinzugsverfahren. Die NOUV erklärt, dass vor einer evtl. Beitragsänderung eine frühzeitige Information der Mitglieder erfolgen wird.

Zahlung per Einzugsermächtigung (Bitte geben Sie Ihre Kontodaten an!)

Kontoinhaber			
Bankinstitut:			
Konto-Nr.:	BLZ:		
IBAN:	SWIFT (BIC):		
Datum		Unterschrift	

Bitte senden Sie das ausgefüllte Formular per Post oder Fax (+49 30 450 51 59 00) an:

Norddeutsche Orthopäden- und Unfallchirurgenvereinigung e. V.
Charité – Universitätsmedizin Berlin
Centrum für Muskuloskeletale Chirurgie
Klinik für Orthopädie / Unfallchirurgie
Campus Charité Mitte
Charitéplatz 1
10117 Berlin