

Frau
Dr. med. Ute Scholz
Zentrum für Blutgerinnungsstörungen,
MVZ Labor Dr. Reising-Ackermann und Kollegen
Strümpellstraße 40
04289 Leipzig
Fax 0341 6565128

Aufnahme-Antrag

BDDH - Berufsverband der Deutschen Hämostaseologen e.V.

Hiermit beantrage ich

Name:

Anschrift:

Geb.-Datum:

Tel.-Nr.: Fax-Nr.:

Email:

meine Mitgliedschaft im Berufsverband der Deutschen Hämostaseologen e.V.
(BDDH e.V.).

Es bürgen:

1.

2.

Bitte buchen Sie den Mitgliedsbeitrag von 50 € pro Jahr per Einzugsermächtigung von meinem Konto ab. Der Widerruf dieser Einzugsermächtigung ist jederzeit möglich.

IBAN:

BIC:

Kontoinhaber:

Ort, Datum:

Stempel, Unterschrift:

Bitte senden Sie den Antrag an die Erste Vorsitzende des BDDH e.V.
Fr. Dr. med. Ute Scholz
Zentrum für Blutgerinnungsstörungen,
MVZ Labor Dr. Reising-Ackermann und Kollegen
Strümpellstraße 40
04289 Leipzig
Fax 0341 6565128