

Beitrittserklärung

Ich erkläre hiermit meinen Beitritt zu der

Sächsischen Wissenschaftlichen Gesellschaft für Nervenheilkunde e.V.

Sitz: Klinik und Poliklinik für Psychiatrie und Psychotherapie
Universitätsklinikum *Carl Gustav Carus*
an der Technischen Universität Dresden
Fetscherstraße 74, 01307 Dresden

.....
Ort, Datum

Unterschrift

Name:

Vorname:

geboren am:

Wohnanschrift:

Telefon und E-Mail:

Dienststelle:

Bemerkung: Der Mitgliedsbeitrag beträgt jährlich 15,00 € ohne zusätzliche Aufnahmegebühr.

Die Beitragszahlungen werden erbeten an die Volksbank Pirna e. G.
(01796 Pirna, Maxim-Gorki-Str. 26)

IBAN: 32 8506 0000 1000 8574 59, BIC: GENODEF1PR2

Bitte bei Überweisungen den Verwendungszweck (SWGN) angeben und vom konto-führenden Institut die Überweisung des Jahresbeitrages auf der Mitgliedskarte bestäti-gen lassen.

Hiermit erteile ich meine Einwilligung, den Jahresbeitrag in Höhe von 15,00 € von meinem Konto bei der

.....
IBAN:

BIC:

abbuchen zu lassen.

Datum:

Unterschrift: