

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:

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)

Kontonummer: 1000 857 459 ; Bankleitzahl: 850 600 00

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

**Hiermit erteile ich meine Einwilligung, den Jahresbeitrag in Höhe von 15,00 € von mei-
nem Konto bei der**

.....
Kontonummer:BLZ:

abbuchen zu lassen.

Datum:

Unterschrift: