



Antrag zur Mitgliedschaft beim
Zentrum für Urologische
Tumorerkrankungen Mannheim
Z.U.T. e.V.

An das
Zentrum für
Urologische Tumorerkrankungen Mannheim Z.U.T.
Z. Hdn. PD Dr. P. Nuhn
Theodor-Kutzer-Ufer 1-3
68167 Mannheim
Fax.: 0621 / 383 1452

**Ich möchte dem Zentrum für Urologische Tumorerkrankungen Mannheim
beitreten und bin mit der Einhaltung der Satzung des Z.U.T. e.V. einverstanden.
Im möchte beitreten als**

- Aktives Mitglied und Facharzt für Urologie (Jahresbeitrag € 50)
 passives Mitglied (Assistenzärzte /-innen) (Jahresbeitrag € 20)

Bei Jahresbeitrag wird für das jeweilige Kalenderjahr eingezogen / erhoben. Der Beirat des
Z.U.T. e.V. entscheidet über die Mitgliedschaft innerhalb 4 Wochen nach Antragstellung.

Name, Vorname	Geb. Dat.:
---------------	------------

Praxis / Klinik: Straße: PLZ/Ort: Telefon / Fax : Email: Sonstiges:

Unterschrift:

Einzugsermächtigung

Ich ermächtige hiermit das Zentrum für Urologische Tumorerkrankungen Mannheim Z.U.T. widerruflich, den jährlichen Mitgliedsbeitrag von dem unten genannten Konto abzubuchen.

Kontoinhaber:

Name der Bank:

Bankleitzahl:

Kontonummer:

Ort, Datum Unterschrift

Hinweis:

Mitgliedsbeiträge und Spenden werden ausschließlich für Satzungszwecke verwendet. Die Vereinssatzung und Aktuelles sind im Internet unter www.ZUT-Mannheim.de nachzulesen.

Der Mitgliedsbeitrag fand in der Beiratssitzung vom _____ Zustimmung:

- Ja
- Nein

Begründung:
