

## **Tumorzentrum Anhalt**

am Städtischen Klinikum Dessau e. V.  
Auenweg 38

06847 Dessau-Roßlau

# **BEITRITTSERKLÄRUNG**

Hiermit erkläre ich

Titel / Vorname / Name \_\_\_\_\_

Straße / PLZ / Ort \_\_\_\_\_

Telefon (privat) \_\_\_\_\_

Institution \_\_\_\_\_

Funktion \_\_\_\_\_

Straße / PLZ / Ort \_\_\_\_\_

Telefon \_\_\_\_\_ Fax \_\_\_\_\_

meinen Beitritt zum Verein

### **TUMORZENTRUM ANHALT AM STÄDTISCHEN KLINIKUM DESSAU E. V.**

und verpflichte mich, im Sinne der mir vorliegenden Satzung zur Erfüllung der darin festgeschriebenen gemeinnützigen Ziele aktiv mitzuwirken.

Den jährlichen **Mitgliedsbeitrag** in Höhe von \_\_\_\_\_ € (Mindestbeitrag 15,00 €) überweise ich auf das Konto der Deutsche Kreditbank AG Berlin, Große Steinstraße 20, 06108 Halle

Kontoinhaber: Tumorzentrum Anhalt e. V.  
Bank: Deutsche Kreditbank AG Berlin  
IBAN: DE94 1203 0000 1020 2958 51  
BIC: BYLADEM1001

Datum: \_\_\_\_\_ Unterschrift \_\_\_\_\_