

**ANTRAG AUF MITGLIEDSCHAFT IM
Tumorzentrum Magdeburg/Sachsen-Anhalt e.V.**

Hiermit beantragen wir

(Name und Anschrift der Einrichtung/Körperschaft/Firma)

vertreten durch Frau/Herrn

(Name, Vorname, Titel, Funktion)

die Mitgliedschaft im Tumorzentrum Magdeburg/Sachsen-Anhalt e.V. als
ordentliches / förderndes Mitglied *
entsprechend der Satzung des Tumorzentrums, die wir mit diesem Antrag
anerkennen.

(* Nichtzutreffendes bitte streichen)

(Ort, Datum) Unterschrift, Stempel d Vertreters

**ANTRAG AUF MITGLIEDSCHAFT IM
Tumorzentrum Magdeburg/Sachsen-Anhalt e.V.**

Hiermit beantrage ich

(Name, Vorname, Titel, Facharzt und Anschrift)

(Subspezialisierung(en))

die Mitgliedschaft im Tumorzentrum Magdeburg/Sachsen-Anhalt e.V. als
ordentliches Mitglied
entsprechend der Satzung des Tumorzentrums, die ich mit diesem Antrag
anerkenne.

(Ort, Datum) (Stempel, Unterschrift)