

# INNCHID

Interessengemeinschaft Niedergelassener Neurochirurgen in Deutschland e.V.

---

## Antrag auf Mitgliedschaft

Hiermit beantrage ich die Aufnahme als Mitglied der INNCHID zum nächstmöglichen Zeitpunkt.

Name: .....

Straße: .....

Ort: .....

Tel.: ..... FAX: .....

E-Mail: .....

WWW: .....

Der Vorstand des Vereines entscheidet über die Mitgliedschaft.

Den Mitgliedsbeitrag in Höhe von 100,00 EUR werde ich jährlich entrichten.

Ich werde ein SEPA-Lastschriftmandat zum Zahlungseinzug durch den Verein einrichten.

Zahlungsempfänger (Gläubiger):

INNCHID Interessengemeinschaft Niedergelassener Neurochirurgen in Deutschland e.V.

Gläubiger-Identifikationsnummer: DE83ZZZ00000796882

Konto-Nummer: DE24280615010034628400

bei der Volksbank Cloppenburg eG

Datum: .....

Unterschrift: .....

Bitte per Fax an +49 2151 7824758 an den Schriftführer des Vereines

Dr. med. Lutz Herrmann, D 47239 Duisburg Rumeln-Kaldenhausen, Düsseldorfer Straße 141 Tel.: 02151 1519152