

**Mitgliedsantrag zur**

**Interdisziplinären Gesellschaft für Medizin Kassel e.V.**

c/o Dr. med. Martin Fuhrhans, Bergmannstraße 32, 34121 Kassel

Bitte faxen (0561/3163992) od. mailen (kontakt@indimed-kassel.de)  
Sie diese Seite unterschrieben an die Vereinsgeschäftsstelle

Name:

Vorname:

Titel:

Fachrichtung:

Institution:

Selbstständig:  JA  NEIN

Straße:

PLZ:

Ort:

E-Mail:

- Mitgliedsbeitrag jährlich: 25,- € (Assistenzarzt)  
 Mitgliedsbeitrag jährlich: 50,- € (Facharzt)  
 Mitgliedsbeitrag jährlich: 35,- € (andere Berufe)  
 Mitgliedsbeitrag jährlich: \_\_\_\_ € (Fördermitglied\*, > 50 €)  
(\*bei Firmenmitgliedschaft bitte vorab unser Büro kontaktieren)

Ich möchte widerruflich am Lastschriftverfahren teilnehmen.  
Meine Kontodaten lauten wie folgt:

Bankname:

IBAN:

Ort, Datum

Unterschrift