



Beitrittserklärung

Ja, ich möchte dem gemeinnützigen Verein BMEP e.V. als Mitglied beitreten.
Der Jahresbeitrag ist 50,00 €/Jahr bzw. 60,00 US\$/Jahr.

Titel:

Vorname:

Name:

Straße/ Nr.:

PLZ/Ort:

Mail:

Telefon:

Ort, Datum: Unterschrift:

Bitte überweisen Sie den **Mitgliedsbeitrag** auf unser Konto:

BMEP e.V.
Berliner Sparkasse
IBAN DE29 1005 0000 0190 5640 83.

Die als Spendenbeleg verwendbare Beitragsrechnung und die Satzung senden wir Ihnen anschließend zu.

Bitte senden Sie die **Beitrittserklärung** an

Geschäftsstelle BMEP e.V. c/o Universitätsklinikum Magdeburg Abteilung Thoraxchirurgie Leipziger Straße 44 D-39120 Magdeburg	
Fax	+49 391 67 21906
E-mail:	geschaeftsstelle@bmep.info