

## Aufnahmeantrag

*Bitte senden Sie diesen Aufnahmeantrag an:*

**Dr. med. Peter Olbert**

Philips Universität Marburg  
Klinik für Urologie und Kinderurologie  
Baldingerstraße  
35033 Marburg / Lahn

Tel.: 06421 / 58-62513  
Fax: 06421 / 58-65590  
Email: [Olbert@med.uni-marburg.de](mailto:Olbert@med.uni-marburg.de)  
[www.uni-marburg.de/fb20/urologie](http://www.uni-marburg.de/fb20/urologie)

**Hiermit bitte ich um Aufnahme als Mitglied in den  
Deutschen Forschungsverbund Blasenkarzinom e.V.**

Name, Vorname \_\_\_\_\_

Titel: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Anschrift dienstlich: \_\_\_\_\_

Anschrift privat: \_\_\_\_\_

Tel: \_\_\_\_\_

Fax: \_\_\_\_\_

Email: \_\_\_\_\_

Jahresbeitrag für ordentliche Mitglieder: € 50.-

### **Einverständniserklärung zum Abbuchungsverfahren**

Hiermit erkläre ich mein Einverständnis, den Jahresbeitrag des Deutschen Forschungsverbundes Blasenkarzinom e.V. von meinem Konto abbuchen zu lassen. Diese Erklärung kann jederzeit von mir widerrufen werden.

Kontonummer: \_\_\_\_\_

BLZ: \_\_\_\_\_

Bank: \_\_\_\_\_

Kontoinhaber: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift