

Bitte senden Sie diesen Aufnahmeantrag an:

**Prof. Dr. rer. nat. Susanne Füssel**

Klinik für Urologie

Universitätsklinikum Carl Gustav Carus

an der Technischen Universität Dresden

Fetscherstraße 74

01307 Dresden

Tel.: +49 351 458-14544

Fax.: +49 351 458-6344

E-Mail: susanne.fuessel@uniklinikum-dresden.de

## **Deutscher Forschungsverbund Blasenkarzinom e.V.**

### **Aufnahmeantrag**

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.-

Bitte senden Sie diesen Aufnahmeantrag an:

**Prof. Dr. rer. nat. Susanne Füssel**

Klinik für Urologie

Universitätsklinikum Carl Gustav Carus

an der Technischen Universität Dresden

Fetscherstraße 74

01307 Dresden

Tel.: +49 351 458-14544

Fax.: +49 351 458-6344

E-Mail: susanne.fuessel@uniklinikum-dresden.de

**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