



Onkologischer Arbeitskreis Walsrode e. V.  
Moorstr. 50-52  
29664 Walsrode

### Antrag auf Mitgliedschaft

Hiermit beantrage ich die Aufnahme als Mitglied im Onkologischen Arbeitskreis Walsrode e. V.  
Der Mitgliedsbeitrag in Höhe von 55,00 € (für Institutionen 75,00 €) ist jeweils am 1. April eines  
jeden Jahres fällig.

Name, Vorname

Straße, Hsnr.

PLZ, Ort

Mein Jahresbeitrag €

\_\_\_\_\_  
Unterschrift

#### Einzugsermächtigung des Mitgliedsbeitrags durch SEPA-Lastschrift bei Fälligkeit zu Lasten meines/unseres Girokontos:

Kontoinhaber

IBAN 

D	E																																					
---	---	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

bei Bank

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum Unterschrift