

BEITRITTSERKLÄRUNG

Hiermit erkläre ich meinen Beitritt zum Förderverein Berliner Medizinhistorisches Museum der Charité e.V.

Name, Vorname:

.....

Adresse:

.....

.....

Telefon:

.....

Mail:

.....

Den Jahresmitgliedsbeitrag von derzeit 60,00 € / ermäßigt 30,00 € (Studierende, Auszubildende, Rentner) überweise ich auf **IBAN DE53 1005 0000 0190 5699 56** bei der Berliner Sparkasse.

Ich bitte künftig um Zusendung des BMM-Newsletters

Ort, Datum:

Unterschrift:

Bitte senden Sie die ausgefüllte Beitrittserklärung an:

Förderverein Berliner Medizinhistorisches
Museum der Charité e.V.
z. Hd. Dr. Sabine Damm
Charitéplatz 1, 10117 Berlin

