

Beitrittserklärung

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

Name, Vorname:

Adresse:

Telefon:

Mail:

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

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

oder per Mail an:

foerderverein-bmm@charite.de