

AUFNAHMEANTRAG **ÄNDERUNGSANZEIGE**_____
*Nachname*_____
*Vorname*_____
*Geburtsdatum*_____
*Privatanschrift*_____
*Funktion (z..B Chefsekretärin, Assistentin, Arztschreibkraft, Verwaltungsangestellte)*_____
*Dienstanschrift*_____
*E-Mail*_____
*Tel. am Arbeitsplatz*_____
*Fax***Der Jahresbeitrag beläuft sich auf 25,- €**

Zahlungsart:

- Ich ermächtige Sie widerruflich, den von mir zu entrichtenden Beitrag bei Fälligkeit zu Lasten meines Kontos (*nur innerhalb Deutschlands*) mittels Lastschrift einzuziehen. Wenn mein Konto die erforderliche Deckung nicht aufweist, besteht seitens des kontoführenden Kreditinstituts keine Verpflichtung zur Einlösung.

Bank _____

Konto-Nr. _____

BLZ _____

- Ich überweise den Beitrag auf das Konto OViRO, Konto-Nr. 943719500 Deutsche Bank , Privat und Geschäftskunden AG, BLZ 10070024 (für Auslandsüberweisungen bitte BIC: DEUT DE DBBER und IBAN: DE88 100 700 240 9437 195 00 mit angeben).

Ich bin einverstanden, dass die obigen Angaben zur Erfüllung der Aufgaben und Ziele des OViRO e. V. gespeichert und verwendet werden.

Datum/Unterschrift

Bitte zurücksenden oder faxen an: + 49 30 – 84 41 91 89

OViRO-Geschäftsstelle

Hindenburgdamm 30

12200 Berlin

Vereinsregister Berlin Charlottenburg
Deutsche Bank Privat- und Geschäftskunden AG
Kto. 943719500
BLZ 100 700 24
VR 27324/B
Vorsitzende: Angelika Kleine, Kassel.
Mail: angelika.kleine@klinikum-kassel.de

Akkreditiert durch die
Deutsche Gesellschaft für Radioonkologie e. V.

