

Neurologisch-Psychiatrische Gesellschaft Krefeld e.V.

Medical Center Ruhrort
Fr. Dr. Eva Fries
Ruhrorter Str. 195
47119 Duisburg

Hiermit erkläre ich meinen Beitritt zur Neurologisch-Psychiatrischen Gesellschaft Krefeld e.V.

Titel:

Vorname:

Nachname:

Facharztbezeichnungen:

Praxisadresse:

Berufliche Email Adresse:

Telefon beruflich:

Telefax beruflich:

(Ort, Datum, Unterschrift)

Hiermit erteile ich der Neurologisch-Psychiatrischen Gesellschaft Krefeld e.V. meine Einwilligung, den Jahresbeitrag in Höhe von 15 € per Lastschrift vom unten genannten Konto einzuziehen:

Kontoinhaber:

IBAN:

BIC:

(Ort, Datum, Unterschrift)