

Neurologisch-Psychiatrische Gesellschaft Krefeld

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

Titel:

Vorname:

Nachname:

Facharztbezeichnungen:

Praxisadresse:

Email:

Telefon:

(Ort, Datum, Unterschrift)

Hiermit erteile ich der Neurologisch-Psychiatrischen Gesellschaft
Krefeld e.V. meine Einwilligung, den Jahresbeitrag in Höhe von 30 € per
Lastschrift vom unten genannten Konto einzuziehen:

Kontoinhaber:

IBAN:

BIC:

(Ort, Datum, Unterschrift)

Bitte senden Sie dieses Formular an:
Dr. Jan Dreher, Am Dreifaltigkeitskloster 16, 47807 Krefeld