

ALUMNI DER LEIPZIGER MEDIZINISCHEN FAKULTÄT e.V. – ALM

Postfach 14084, 04006 Leipzig

■ Antrag auf Mitgliedschaft

Name, Vorname

Straße/Hausnummer

PLZ/Ort

E-Mail

Geburtsdatum

Student;
Semester

Ärzte

Hochschullehrer /
Chefärzte

Rentner

bittet um Aufnahme in den Verein als

ordentliches Mitglied

förderndes Mitglied

Bitte
ausreichend
frankieren

Alumni der Leipziger
Medizinischen Fakultät e.V. – ALM
Postfach 14084

04006 Leipzig

Name der Bank

Kontoinhaber

IBAN

BIC

Hiermit erteile ich eine Abbuchungsermächtigung für obenstehendes Konto.

Ort, Datum

Unterschrift

**BITTE SENDEN SIE DAS ANMELDEFORMULAR GERN
PER FAX ODER POST AN UNS.**

■ Jahres-Mitgliedsbeiträge

| | |
|-----------------------------|-------------------|
| Student | 5 Euro |
| Rentner | 10 Euro |
| Ärzte | 15 Euro |
| Hochschullehrer / Chefärzte | 25 Euro |

■ Kontakt

Telefon: +49 341 9712560

Telefax: +49 341 9712569

alumni@medizin.uni-leipzig.de

