

# ALUMNI DER LEIPZIGER MEDIZINISCHEN FAKULTÄT e.V. – ALM

Liebigstraße 27, 04103 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  
Liebigstraße 27

04103 Leipzig

---

Name der Bank

---

Kontoinhaber

---

IBAN

BIC

Hiermit erteile ich eine Abbuchungsermächtigung für obenstehendes Konto.

---

Ort, Datum

Unterschrift

**Bitte senden Sie das Anmeldeformular gerne per Post an uns.**

## ■ Jahres-Mitgliedsbeiträge

Student	kostenfrei
Rentner	10 Euro
Ärzte	15 Euro
Hochschullehrer / Chefarzte	25 Euro

## ■ Kontakt

[alumni@medizin.uni-leipzig.de](mailto:alumni@medizin.uni-leipzig.de)

