

Bitte senden Sie die ausgefüllte Beitrittserklärung an:

Gesellschaft der Freunde und Förderer  
des Dt. Medizinhistorischen Museums e.V.  
Anatomiestr. 18-20  
95049 Ingolstadt

Fax: 0841 305 2866  
E-Mail: dmm@ingolstadt.de

---

## BEITRITTSERKLÄRUNG

Ich erkläre meinen Beitritt zur Gesellschaft der Freunde und Förderer des Deutschen Medizinhistorischen Museums Ingolstadt e.V.

Name, Vorname, ggf. Beruf: \_\_\_\_\_

Adresse: \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_ Mail: \_\_\_\_\_

Den Mitgliedsbeitrag von derzeit 30,00 €

überweise ich auf das Konto Nr. 22244 bei der Sparkasse Ingolstadt, BLZ 721 500 00

lasse ich widerruflich von meinem Konto Nr. \_\_\_\_\_

bei der \_\_\_\_\_, BLZ \_\_\_\_\_ abbuchen.

---

Ort, Datum

---

Unterschrift