



SAARLÄNDISCHE KREBSGESELLSCHAFT e.V.

Mitglied der Deutschen Krebsgesellschaft e.V.



An die Saarländische Krebsgesellschaft e. V.
Geschäftsstelle, z.Hdn. Fr. Dr. Ost-Müller
Kuseler Straße 28

66564 Ottweiler

Vorsitzender:
Prof. Dr. A. Matzdorff
Tel.: 0681/406-1101
Fax: 0681/406-1103
E-Mail:
a.matzdorff@caritasklinik.de

Geschäftsführerin:
Frau Dr. L. Ost-Müller
Tel.: 06858 8251
Fax: 06858 6984 90
E-Mail: dr.lilo.ost@t-online.de

Stellvertr. Vorsitzender:
Prof. Dr. H. Schäfer
Tel.: 06898/12-2351
Fax: 06898/12-2416
h.schaefer@vk.shg-kliniken.de

Beirat:
Prof. Dr. N. Graf
Dr. G. Jacobs
Prof. Dr. M. Schilling
Prof. Dr. N. Schöndorf

Beratende Mitglieder:
Frau Dr. R. Klein
Ministerium für Justiz,
Gesundheit und Soziales

Dr. F. Gadomski
Ärztekammer des Saarlandes

Dr. G. Hauptmann
KV des Saarlandes

Prof. Dr. R. Bohle
Saarländisches Tumorzentrum
am Universitätsklinikum des
Saarlandes e.V.

Beitrittserklärung

Vorname/Name _____

Hiermit erkläre ich meinen Beitritt zur Saarländischen Krebsgesellschaft e.V. als:

- ordentliches Mitglied (Jahresbeitrag € 30)**
- förderndes Mitglied (Jahresbeitrag € 40)**
- besonders engagiertes Fördermitglied (Jahresbeitrag € 60)**

Ich ermächtige die Saarländische Krebsgesellschaft e.V. zum jährlichen Einzug meines Mitgliedbeitrages:

Konto Nr. : _____

Konto-Inhaber: _____

Bank: _____

BLZ: _____

- Ich überweise meinen Betrag auf das Kto der

Saarl. Krebsgesellschaft **Konto-Nummer 83 47 007**

Landesbank Saar – Girozentrale **BLZ 590 500 00**

Bitte geben Sie auf Ihrer Überweisung an, für welches Kalenderjahr Ihr Beitrag gelten soll.

Datum, Ort

Unterschrift

Wenn Sie die Saarländische Krebsgesellschaft e.V. zusätzlich durch eine Spende unterstützen möchten, geben Sie die Höhe der Spende bitte gesondert auf der Überweisung an. Spenden sind steuerbegünstigt.

ANLAGE ZUR BEITRITTSERKLÄRUNG (für Eintrag in Mitgliederverzeichnis)

Bitte faxen an 0681 406-1103

Bitte geben Sie Ihre genaue Adresse an und ob wir sie zukünftig
lieber postalisch oder per E-mail kontaktieren sollen

Name:

Vorname:

Dienstanschrift

Privatanschrift

bevorzugte Anschrift

bevorzugte Anschrift

Klinik /
Praxis _____
/
Dienststelle, _____
etc. _____

Strasse _____

PLZ _____

Ort _____

Tel. _____

Strasse _____

Fax. _____

PLZ _____

e-mail _____

Ort _____

Tel. _____

Fax. _____

e-mail _____

Ich möchte in Zukunft bevorzugt

postalisch kontaktiert werden

mit E-mail kontaktiert werden