

münchner ärzteorchester

Antrag auf Mitgliedschaft

Name: _____

Vorname: _____

Titel: _____

Geb.Datum: _____

Beruf: _____

Adresse: _____

Telefon: _____ Handy: _____

Email: _____

Instrument: _____

Beitritt als ☐ aktives Mitglied
☐ förderndes Mitglied

Hiermit erkenne ich die Satzung des Münchner Ärzteorchesters e.V. an und verpflichte mich zur Zahlung des jährlichen Mitgliedbeitrages (60Euro), sowie als aktives Mitglied die Zahlung der projektbezogenen Beiträge entsprechend der Teilnahme.

(Bankverbindung im Impressum der Homepage www.muenchner-aerzteorchester.de)

Ort/Datum:

Unterschrift:
