

## Aufnahmeantrag

Hiermit beantrage ich die Aufnahme in das Deutsche Prostatakarzinom Konsortium (DPKK) e. V.

Über die Mitgliedschaft entscheidet die Mitgliederversammlung lt. Satzung.

Der Jahresbeitrag für Mitglieder wird ausschließlich per Bankeinzug beglichen.

Der Mitgliedsbeitrag beträgt z. Zt. 50€/Jahr für die Einzelmitgliedschaft; Beitrag für juristische Personen auf Anfrage.

|                  |         |           |  |
|------------------|---------|-----------|--|
| Name             | Vorname | Titel     |  |
| Funktion         |         |           |  |
| Privatadresse    | PLZ     | Ort       |  |
| Straße           |         |           |  |
| Dienstadresse    | PLZ     | Ort       |  |
| Institut /Klinik |         | Abteilung |  |
| Telefon          |         |           |  |
| Telefax          |         |           |  |
| E-Mail           |         |           |  |

---

Ort, Datum

Unterschrift

## Einzugsermächtigung

|              |             |     |
|--------------|-------------|-----|
| Kontoinhaber | Kontonummer | BLZ |
| Bank         | Ort         |     |

---

Ort, Datum

Unterschrift

### Bitte senden an:

Die Geschäftsstelle des DPKK e. V. in Homburg

Prof. Dr. Gerhard Unteregger

Universität des Saarlandes

Klinik für Urologie und Kinderurologie

Universitätsklinik Geb. 6

66421 Homburg /Saar