

Wissenschaftlicher Verein zur Förderung  
Hämatologischer Forschung e.V.  
Langenbeckstr. 1  
55131 Mainz

## Angaben zum Mitglied

Name (juristische Person) \_\_\_\_\_ (nur  
falls juristische Person Mitglied werden soll)

**Titel** \_\_\_\_\_ **Vorname** \_\_\_\_\_

**Nachname** \_\_\_\_\_

**Straße Hausnummer** \_\_\_\_\_

**PLZ Ort** \_\_\_\_\_

Telefonnummer \_\_\_\_\_

**E-Mail-Adresse** \_\_\_\_\_

Geburtsdatum \_\_\_\_\_

## Mitgliedsbeitrag

**Fördermitgliedschaft**  **750 € im Jahr**

**individueller Beitrag** \_\_\_\_\_,00 €  **im Jahr** oder  **im Quartal**,  **im Monat**

Ich möchte außerordentliches Mitglied des wissenschaftlichen  
Vereins zur Förderung hämatologischer Forschung e.V. werden.  
Die Vereinssatzung ist mir bekannt.

Ort, Datum

Unterschrift (ggf. des gesetzlichen Vertreters)