

ALUMNI DER LEIPZIGER MEDIZINISCHEN FAKULTÄT e.V. – ALM

Liebigstraße 27, 04103 Leipzig

■ Antrag auf Mitgliedschaft

Name, Vorname

Straße/Hausnummer

PLZ/Ort

E-Mail

Geburtsdatum

Student;
Semester

Ärzte

Hochschullehrer /
Chefärzte

Rentner

bittet um Aufnahme in den Verein als

ordentliches Mitglied

förderndes Mitglied

Bitte
ausreichend
frankieren

Alumni der Leipziger
Medizinischen Fakultät e.V. – ALM
Liebigstraße 27

04103 Leipzig

Name der Bank

Kontoinhaber

IBAN

BIC

Hiermit erteile ich eine Abbuchungsermächtigung für obenstehendes Konto.

Ort, Datum

Unterschrift

Bitte senden Sie das Anmeldeformular gerne per Post an uns.

■ Jahres-Mitgliedsbeiträge

Student	kostenfrei
Rentner	10 Euro
Ärzte	15 Euro
Hochschullehrer / Chefarzte	25 Euro

■ Kontakt

alumni@medizin.uni-leipzig.de

