



Einzugsermächtigung:

Hiermit ermächtige ich die Arbeitsgemeinschaft Maternofetale Medizin e.V. jederzeit widerruflich den jährlichen Mitgliedsbeitrag in Höhe von Euro 10,00 (zehn) von meinem unten angegebenen Konto abzubuchen.

Kontoinhaber: .....

KontoNR: .....

BLZ: .....bei Bank:.....

Ort:

Datum:

---

Unterschrift

Zurücksenden an Fax Nr. 07031 668 22866  
oder per Post an

Klinikum Sindelfingen-Böblingen  
Kliniken Böblingen  
PD Dr. Erich Weiss  
Chefarzt  
Frauenklinik und Perinatalzentrum  
Bunsenstrasse 120  
71032 Böblingen