

## Beitrittserklärung

Ich erkläre hiermit meinen Beitritt zum Verein

### ***Sächsische Wissenschaftlichen Gesellschaft für Nervenheilkunde e. V.***

Sitz: Klinik und Poliklinik für Psychiatrie und Psychotherapie  
Universitätsklinikum Carl Gustav Carus  
an der Technischen Universität Dresden  
Fetscherstraße 74, 01307 Dresden

.....  
Ort, Datum

Unterschrift

Name:

Vorname:

geboren am:

Wohnanschrift:

Telefon und E-Mail:

Dienststelle:

---

Bemerkung: Der Mitgliedsbeitrag beträgt jährlich 25,00 € ohne zusätzliche Aufnahmegebühr.

Die Beitragszahlungen werden erbeten an die Volksbank Pirna e. G.  
(01796 Pirna, Maxim-Gorki-Str. 26)

IBAN: DE32 8506 0000 1000 8574 59, BIC: GENODEF1PR2

Bitte bei Überweisungen den Verwendungszweck (SWGN) angeben und vom konto-  
führenden Institut die Überweisung des Jahresbeitrages auf der Mitgliedskarte bestäti-  
gen lassen.

---

**Hiermit erteile ich meine Einwilligung, den Jahresbeitrag in Höhe von 25,00 € von  
meinem Konto bei der**

.....  
**IBAN:** .....

**BIC:** .....

**abbuchen zu lassen.**

Datum:

Unterschrift: