

**Antrag auf Mitgliedschaft in der Sächsisch-Thüringischen
Gesellschaft für Kinder- und Jugendmedizin und Kinderchirurgie
e.V. (STGKJM)**

1. Ich möchte Mitglied werden und erkenne die Satzung der STGKJM an.
2. Der Erhebung eines Jahresbeitrages von 10,00 € stimme ich zu.
3. Ich überweise den Betrag unaufgefordert im Januar auf das Konto der STGKJM (Hypo-Vereinsbank Chemnitz, BLZ 87020086, Konto-Nr. 358174086).
4. o Ja, ich möchte die Zeitschrift „Kinder- und Jugendmedizin“ im Rahmen meiner Mitgliedschaft kostenfrei erhalten. Die Versandkosten des Schattauer-Verlags trage ich selbst.

.....

Anschrift

Name, Vorname:

Jahr der Approbation:

Straße:

PLZ/Wohnort:

Tel. dienstl.:

privat:

E-Mailadresse:

.....
Datum, Unterschrift

.....bitte hier falten.....

Zur Verwendung im Fensterbriefumschlag

**Herrn
Dr. Norbert Lorenz
Zentrum für Kinder- und Jugendmedizin
Städtisches KH Dresden-Neustadt
Industriestraße 40
01129 Dresden**