

**UBK**Union für biologische  
Krebstherapie e.V.**FAX 06109-50 29 804**

Firma / Klinik \_\_\_\_\_

Titel \_\_\_\_\_ Vorname \_\_\_\_\_ Nachname \_\_\_\_\_

Straße \_\_\_\_\_ PLZ \_\_\_\_\_ Ort \_\_\_\_\_

Telefon \_\_\_\_\_ E-Mail \_\_\_\_\_

FAX \_\_\_\_\_ Homepage \_\_\_\_\_

Gesetzliche Berufsbezeichnung: \_\_\_\_\_

Zusatzqualifikation: \_\_\_\_\_

Zusätzliche Mitgliedschaften: \_\_\_\_\_

Sonstiges (z.B. private Kontaktdaten) \_\_\_\_\_

Ich beantrage die Aufnahme in die UBK als  aktives /  passives /  förderndes Mitglied.

Die Aufnahmegebühr für aktive Mitglieder von € 100,00 ist bei Eintritt zu entrichten, der Jahresbeitrag beträgt im 1. Jahr € 120,00, in folgenden Jahren € 180,00. Die Aufnahmegebühr für passive Mitglieder von € 50,00 ist bei Eintritt zu entrichten, der Jahresbeitrag beträgt € 92,00. Fördermitglieder können ihren Beitrag frei wählen, der jährliche Mindestbeitrag beträgt jedoch € 50,00.

**Bankverbindung für Lastschrifteinzug**

Konto-Inhaber: \_\_\_\_\_ Kreditinstitut: \_\_\_\_\_

Kto.Nr.: \_\_\_\_\_ BLZ: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Datum, Ort\_\_\_\_\_  
Unterschrift\_\_\_\_\_  
Stempel