



ANTRAG AUF MITGLIEDSCHAFT

Bitte füllen Sie das Formular vollständig und gut leserlich (in Blockschrift) aus übermitteln Sie uns dieses gemeinsam mit Ihrem Lebenslauf!

Ich bin:

- Facharzt
- Arzt in Ausbildung zu :
- Ergotherapeut/in
- Physiotherapeut/in
- Sonstige:

Daten:

Titel:

Vorname: Nachname:

Geburtsdatum:

Postanschrift:.....

Tel.: Fax: E-Mail:

Ich arbeite:

- im Krankenhaus in der Ordination
- in der Industrie sonstiges:

Arbeitsplatz:

Adresse:

Tel.: Fax: E-Mail:

.....
Datum

.....
Unterschrift

Geprüft vom Generalsekretär