

Förderverein für
ärztliche Fortbildung in Hessen e.V.
Länderärztekammer Hessen
z. Hd. Frau Jacqueline Nettke Wagner

per Fax: 069 976 72 166

Hanauer Landstraße 152
60314 Frankfurt

Aufnahmeantrag
für die Mitgliedschaft im
Förderverein für ärztliche Fortbildung in Hessen e.V.

Hiermit erkläre ich meinen Beitritt als

natürliche Person
(persönliche Mitgliedschaft) in Höhe von **60,-- € jährlich**

oder

Personengemeinschaft
(Firma, Institution, Verband) in Höhe von **1.000,-- € jährlich**

Anschrift:

Name, Vorname

Firma, Institution, Verband

Anschrift

PLZ, Ort

Telefon, Telefax

E-Mail-Anschrift

Hiermit bestätige ich, dass ich in die Speicherung und Verwendung meiner personenbezogenen Daten für die ausschließliche Nutzung zur Information über die Aktivitäten des Fördervereins für ärztliche Fortbildung in Hessen e.V. einwillige. Mir ist bekannt, dass ich diese Einwilligung zu jeder Zeit ändern und widerrufen kann.

, den

Unterschrift