

Ärzteverein Gelsenkirchen e. V.

Vorsitzende:
Dr. med. Susanne Steinert-Klug
Geschäftsstelle:
c/o KVWL/ Ärztekammer WL
Lübecker Straße 17-19,
45889 Gelsenkirchen
Tel.: 0209 / 923 600 Fax: 0209 / 923 6024

Aufnahmeantrag

Hiermit beantrage ich die Mitgliedschaft im Ärzteverein Gelsenkirchen e.V.

Name: _____

Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

Akademischer Titel: _____

Dienstanschrift: _____

Telefon, Fax: _____

E-Mail: _____

Tätig als: _____

Niedergelassen als _____

Krankenhausabteilung _____

Privat Adresse: _____

Telefon, Fax: _____

E-Mail: _____

Zur Arbeitserleichterung und zur Schonung der Mitgliederkasse wird um die Erteilung einer Einzugsermächtigung gebeten, ein entsprechendes Formular ist beigelegt.

Gelsenkirchen den _____ Unterschrift _____