

Sportärzteebund M-V
Chirurgische D-Arzt-Praxis
Leipziger Allee 60
17389 Anklam

Aufnahme-Antrag

Titel/Name/Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

Anschrift privat: _____

Telefon privat: _____

E-Mail-Adresse: _____

Anschrift Praxis/Dienststelle (Telefon, E-Mail):

Approbation vom: _____

Facharzt für: _____

Zusatzbezeichnung Sportmedizin ja nein

Ich erkläre hiermit, dass ich dem Sportärzteebund M-V ab sofort beitreten möchte. Die Mitgliedschaft ist nur in Verbindung mit Einzugsermächtigung möglich.

Der Jahresbeitrag beträgt z.Zt. **€ 60,00** (unabhängig vom Eintrittsdatum)
Bitte den Aufnahmeantrag zusammen mit der Einzugsermächtigung an uns zurücksenden.

Der Antrag kann nur bearbeitet werden, wenn alle Unterlagen vollständig sind!

Ort/Datum

Unterschrift/Stempel