



# Regionales Kooperatives Rheumazentrum Aachen-Köln-Bonn

## Antrag auf Mitgliedschaft

Ich bitte um Aufnahme als Mitglied im Regionalen Kooperativen Rheumazentrum Aachen-Köln-Bonn.

*Name*.....*Vorname*.....*Titel*.....*geb*.....

**Berufsbezeichnung:**

- Arzt/in    Physiotherapeut/in    Ergotherapeut/in    Psychologe/in    Naturwissenschaftler/in  
 andere.....

**Dienst-/Angestelltenverhältnis:**

- angestellt    selbstständig    niedergelassen    Klinikleiter    Oberarzt    Stationsarzt

**bei Ärzten:**   *Gebietsbezeichnung*.....  
*Schwerpunktbezeichnung*.....  
*Bereichs- / Zusatzbezeichnung*.....

**Privatadresse:** *Straße Nr.*..... *PLZ / Ort*.....  
*Telefon*..... *Telefax*..... *e-Mail*.....

**Dienstadresse:** *Klinik / Praxis*.....  
*Straße Nr.*..... *PLZ / Ort*.....  
*Telefon*..... *Telefax*..... *e-Mail*.....

**Post an :**    Dienstadresse    Privatadresse

**Bankverbindung:** *Konto-Nr.*.....*Bankleitzahl*.....  
*Bankname*.....

**Zahlungsweise:**    Überweisung    Bankeinzug

**Mit Datenweitergabe einverstanden (nur Postadresse)**

- an Firmen zur Vorbereitung von Veranstaltungen    ja    nein  
 an Dritte    ja    nein

Unterschrift.....