



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: _____ Fax: _____ eMail: _____

Dienstadresse: Klinik/ Praxis: _____

Strasse/ Nr.: _____ PLZ/ Ort: _____

Telefon: _____ Fax: _____ eMail: _____

Post an: Dienstadresse Privatadresse

Bankverbindung: IBAN: _____ BIC: _____

Kreditinstitut: _____

 Sepa-Lastschriftinzug Überweisung

Mit Datenweitergabe einverstanden:

an Firmen zur Verbreitung von Veranstaltungen Ja Nein

an Dritte Ja Nein

Ort, Datum: _____

Unterschrift: _____