

Rückantwort

Deutsche Atemwegsliga e.V.
Geschäftsstelle
Raiffeisenstraße 38
33175 Bad Lippspringe

RE-FAX: 0 52 52 / 93 36 16

Mitgliedsantrag

Ich (wir) möchte(n) Mitglied in der Deutschen Atemwegsliga werden und erteile(n) hiermit die Erlaubnis meine (unsere) Daten elektronisch zu erfassen. Ich (wir) beantrage(n) eine

Einzelmitgliedschaft (Jahresbeitrag derzeit 25 Euro)

Firmenmitgliedschaft: Wir werden jährlich .- Euro überweisen

Name:

Firma/

Praxis/Klinik:

Straße:

PLZ, Ort:

Email:

Bitte in Druckbuchstaben

Ort, Datum:

Unterschrift:

Freiwillige Angaben für die Mitgliederstatistik:

Geschlecht: männlich weiblich divers

Berufsgruppe

Arzt

Fachrichtung/en:

Allgemeinmedizin

Kinderheilkunde

Hals-Nasen-Ohren

Andere (bitte angeben):

Innere Medizin

Kardiologie

Dermatologie

Pneumologie

Allergologie

Umweltmedizin

Apotheker

Med. Hilfsberuf:

Andere Berufsgruppe:

Patient oder Angehöriger

Tätig in

Klinik/Krankenhaus

Praxis

Apotheke

Industrie (Firma bitte angeben)

Anderen Bereichen (bitte angeben)