Aufnahmeantrag

zur Mitgliedschaft im Verband Rheumatologischer Akutkliniken e.V. (VRA)

Institution:

Name: _____

Straße: _____

PLZ, Ort: _____ _____

Internet: _____

Abteilung/ Schwerpunkt Rheuma: _____

Leitende Ärztin / Leitender Arzt:

Titel: _____

Name, Vorname: _____

Funktion: _____

Telefon (Durchwahl): (_____) _____

Fax: (_____) _____

Email-Adresse: _____

Geschäftsführer/-in:

Titel: _____

Name, Vorname: _____

Funktion: _____

Telefon (Durchwahl): (_____) _____

Fax: (_____) _____

Email-Adresse: _____

Wir beantragen die Aufnahme in den
Verband Rheumatologischer Akutkliniken e.V. (Trägerverband) zum: _____

Uns ist bekannt, dass der jährliche Mitgliedsbeitrag 2.600 Euro beträgt.
Dieser Betrag wird nach Rechnungsstellung fällig.

Datum, Ort: _____ _____

Unterschrift des Geschäftsführers: _____