



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 2.400 Euro beträgt.
Dieser Betrag wird nach Rechnungsstellung fällig.

Datum, Ort:

Unterschrift
des Geschäftsführers: