



# 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 2.900 Euro beträgt.  
Dieser Betrag wird nach Rechnungsstellung fällig.

Datum, Ort:

Unterschrift  
des Geschäftsführers: