



Beitrittserklärung

Vorname:.....

Familienname:.....

Adresse:.....

E-mail:.....

Mitgliedsbeitrag:

- Turnusärzte, Pensionisten und Sekundärärzte € 10,-
- Wahlärzte ohne Kassenvertrag (und ohne Anstellung) € 30,-
- Allgemeinmediziner mit Kassenvertrag € 40,-
- Fachärzte mit Anstellung oder Kassenvertrag € 40,-
- Fördernde Mitglieder € 70,-

Ort/Datum:

Unterschrift: