



## Aufnahmeantrag

Hiermit beantrage ich meinen Beitritt zum 1.1.2005

- als niedergelassener Arzt / Chefarzt mit einem Jahresbeitrag von € 120,-
- als Arzt im Angestelltenverhältnis und sonstigem Fachbereich mit einem Jahresbeitrag von € 60,-
- als Arzt ohne Tätigkeit / Student mit einem Jahresbeitrag von € 20,-

(Bitte Entsprechendes ankreuzen)

Berufsanerkennung / Abschluss als :

Titel/Name: \_\_\_\_\_

Vorname: \_\_\_\_\_ Geb. Datum: \_\_\_\_\_

Straße: \_\_\_\_\_ PLZ/Ort: \_\_\_\_\_

Telefon privat: \_\_\_\_\_ Telefon Praxis: \_\_\_\_\_

Mobiltelefon: \_\_\_\_\_ Fax: \_\_\_\_\_

E-Mail: \_\_\_\_\_

Der Beitrag soll jährlich von meinem Konto Nr.: \_\_\_\_\_

bei der Bank: \_\_\_\_\_ BLZ: \_\_\_\_\_

abgebucht werden.

Ort/Datum: \_\_\_\_\_ Unterschrift/Stempel: \_\_\_\_\_

Bitte zurücksenden an:

Dr. Simon Reich, Zur Kornkammer 14, 50933 Köln, Tel. 0221-54 15 54, Fax 0221-54 49 03