

Rheumatologische Fortbildungsakademie GmbH
Luisenstr. 41
10117 Berlin

Fax: +49 30-24 04 84 79
Mail: info@rhak.de

Antrag auf Mitgliedschaft in der Rheumaakademie

Hiermit stelle ich den Antrag auf Mitgliedschaft in der Rheumatologischen Fortbildungsakademie und erkenne die Mitgliedsbedingungen an. Die Mitgliedschaft beginnt mit dem Monatsanfang nach Antragstellung. Sie gilt jeweils für 12 Monate und wird automatisch fortgesetzt, wenn sie nicht vier Wochen vor Ablauf gekündigt wurde. Der Mitgliedsbeitrag ist im Voraus fällig.

Name	<input type="text"/>	Vorname	<input type="text"/>
GebDatum	<input type="text"/>	Titel	<input type="text"/>
Funktion	<input type="text"/>	Facharzt/ Schwerpunkt	<input type="text"/>
DGRh-Mitglied	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Arztnummer	<input type="text"/>
niedergelassen	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Kammerbezirk	<input type="text"/>

dienstlich:

privat:

Anschrift/ Stempel	<input type="text"/>	Anschrift/ Stempel	<input type="text"/>
Postanschrift ist	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
Telefon	<input type="text"/>	Telefon	<input type="text"/>
Fax	<input type="text"/>	Fax	<input type="text"/>
Mail	<input type="text"/>	Mail	<input type="text"/>

Datum, Ort

Unterschrift

Den Mitgliedsbeitrag von derzeit 50,-€ für 12 Monate (ermäßigt 25,-€) begleiche ich

- per Überweisung auf das Konto 201 075 0000, Berliner Volksbank (BLZ 100 900 00)
 per Lastschrifteinzug vom

Konto
Bank
BLZ

Datum, Ort

Unterschrift

