

Antrag auf Mitgliedschaft

Hiermit beantrage ich die Mitgliedschaft in der Landesvereinigung für Gesundheit Bremen e.V.

- als Institution (130 € pro Jahr)
 als Privatperson (30 € pro Jahr)

Vorname:

Nachname:

Institution:

Anschrift:

Tel./Fax:

E-Mail:

Ich bin/wir sind überwiegend tätig:

- im Gesundheitswesen
 im Bildungsbereich
 im Sozialbereich
 als Studierende
 freiberuflich
 in einer Institution
 Sonstiges

Ort

Datum

Unterschrift