



Sitz: Kinderhospital Osnabrück
Iburger Straße 187, 49082 Osnabrück
Tel.: 0541/5602-0 / Fax.: 5602-107
1. Vorsitzender: Dr. med. R. Szczepanski

MITGLIEDSANTRAG

Ich möchte gerne Mitglied in der Arbeitsgemeinschaft Asthmaschulung im Kindes- und Jugendalter e.V. werden.

Name/Vorname: _____

Titel/Berufsbezeichnung: _____

Als Postanschrift:

Dienstadresse:

Institution: _____

Straße: _____

PLZ/Ort: _____

Bundesland: _____

Tel./Fax.: _____

E-mail: _____

oder Privatadresse:

Straße: _____

PLZ/Ort: _____

Bundesland: _____

Tel./Fax.: _____

E-mail: _____

Meine Mitgliedschaft wird befürwortet von (meine bisherigen Schulungsaktivitäten sind):

Der derzeitige Mitgliedsbeitrag beträgt pro Jahr

€ 40,- für Ärzte, Psychologen und ähnlich Verdienende

€ 25,- für Krankenschwestern, Arzthelferinnen, Sporttherapeuten, Atemgymnasten etc.

€ 15,- für Mitglieder von Selbsthilfegruppen, Arbeitslose, Studenten, Rentner, Schwerbehinderte

Die Satzung ist mir bekannt (s. Handbuch Qualitätsmanagement 2007)

Ort, Datum

Unterschrift