

Antrag auf Mitgliedschaft im Förderverein der Klinik für Kinder- und Jugendmedizin Cottbus e.V.



Aufnahmeantrag

Hiermit beantrage ich die Mitgliedschaft im o.g. Verein.

Name, Vorname, Titel

PLZ, Wohnort, Straße, Nr.

Geburtsdatum

Telefon

E-Mail-Adresse

Beruf*

Ich werde für die Dauer meiner Mitgliedschaft die von der Mitgliederversammlung beschlossenen Beiträge zahlen.

Des weiteren erkläre ich mich damit einverstanden, dass meine E-Mail-Adresse zur Verwendung von Vereinsinformationen genutzt wird.

Datum

Unterschrift

*fakultativ