



Regionales Kooperatives Rheumazentrum Aachen-Köln-Bonn

Vorsitzender: Priv.-Doz. Dr. med. Matthias Seidel, Universitätsklinik Bonn, Med. Klinik und
Poliklinik III, Sigmund-Freud-Str. 25, 53127 Bonn, Tel. 0228-287-17050, Fax -22025

Antrag auf Mitgliedschaft

Ich bitte um Aufnahme als Mitglied im Regionalen Kooperativen Rheumazentrum Aachen-Köln-Bonn.

Name.....*Vorname*.....*Titel*.....*geb.*.....

Berufsbezeichnung:

- Arzt/in Physiotherapeut/in Ergotherapeut/in Psychologe/in Naturwissenschaftler/in
 Selbsthilfegruppe: andere

Dienst-/Angestelltenverhältnis:

- angestellt selbstständig niedergelassen Klinikleiter Oberarzt Stationsarzt

bei Ärzten: *Gebietsbezeichnung*.....
Schwerpunktbezeichnung.....
Bereichs- / Zusatzbezeichnung.....

Privatadresse: *Straße Nr.*..... *PLZ / Ort*.....
Telefon..... *Telefax*.....
e-Mail.....

Dienstadresse: *Klinik / Praxis*.....
Straße Nr...... *PLZ / Ort*.....
Telefon..... *Telefax*..... *e-Mail*.....

Post an : Dienstadresse Privatadresse

Mitgliedbeitrag:

50,00 Euro pro Jahr, kann mit Jahresrechnung beglichen werden. Selbsthilfegruppen (nicht stimmberechtigt) sind beitragsfrei.

Mit Datenweitergabe außerhalb des Rheumazentrums einverstanden (nur Postadresse)

- an Firmen zur Vorbereitung von Veranstaltungen ja nein
 an Dritte ja nein

Datum, Unterschrift.....