

## Rückantwort

Deutsche Atemwegsliga e.V.  
Geschäftsstelle  
Im Prinzenpalais/Burgstraße  
33175 Bad Lippspringe

Falls Sie bereits über das Internet die Mitgliedschaft beantragt haben:  
Wir benötigen einen schriftlichen, von Ihnen unterschriebenen Antrag.  
Senden oder faxen Sie dieses Formular mit Ihren Angaben zurück.  
RE-Fax: 05252/933 616

## Mitgliedsantrag

- Ich (wir) möchte(n) Mitglied in der Deutschen Atemwegsliga werden und beantrage(n) eine
- Einzelmitgliedschaft (Jahresbeitrag derzeit 25 Euro)
  - Firmenmitgliedschaft: Wir werden jährlich .- Euro überweisen

Name: \_\_\_\_\_

Straße: \_\_\_\_\_

PLZ, Ort: \_\_\_\_\_

Ort, Datum: \_\_\_\_\_

Unterschrift: \_\_\_\_\_

## Freiwillige Angaben für Mitgliederstatistik:

### Geschlecht:

- männlich                       weiblich

### Berufsgruppe

- Arzt

Fachrichtung/en:

- |  |   |  |
|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> Allgemeinmedizin        | <input type="checkbox"/> Innere Medizin | <input type="checkbox"/> Pneumologie   |
| <input type="checkbox"/> Kinderheilkunde         | <input type="checkbox"/> Kardiologie    | <input type="checkbox"/> Allergologie  |
| <input type="checkbox"/> Hals-Nasen-Ohren        | <input type="checkbox"/> Dermatologie   | <input type="checkbox"/> Umweltmedizin |
| <input type="checkbox"/> Andere (bitte angeben): |   |  |

- Apotheker

- Med. Hilfsberuf: \_\_\_\_\_

- Andere Berufsgruppe : \_\_\_\_\_

- Patient oder Angehöriger

### Tätig in

- Klinik/Krankenhaus                       Praxis                       Apotheke

- Industrie (Firma bitte angeben) \_\_\_\_\_

- Anderen Bereichen (bitte angeben) \_\_\_\_\_