

Rückantwort

Deutsche Atemwegsliga e.V.
Geschäftsstelle
Raiffeisenstraße 38
33175 Bad Lippspringe

Mitgliedsantrag

- Ich (wir) möchte(n) Mitglied in der Deutschen Atemwegsliga werden und erteile(n) hiermit die Erlaubnis meine (unsere) Daten elektronisch zu erfassen. Ich (wir) 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) _____