

Bitte senden an:



Mukoviszidose e.V.
In den Dauen 6
53117 Bonn
Fax: 0228 / 9 87 80-77

Antrag auf Mitgliedschaft in der Forschungsgemeinschaft Mukoviszidose

Name, Vorname, Titel

Klinik/Institut

Straße/Postfach

PLZ/Ort

Tel.:

Fax:

E-Mail

- Ich bin Mitglied des Mukoviszidose e.V.
- Ich beantrage die Mitgliedschaft im Mukoviszidose e.V. **mit beiliegender Beitrittserklärung**

Ort, Datum, Unterschrift

(Dieser Abschnitt wird vom Vorstand der FGM ausgefüllt)

Ich befürworte den Antrag auf Mitgliedschaft in der Forschungsgemeinschaft Mukoviszidose

Name

Name

Ort, Datum

Ort, Datum

Unterschrift

Unterschrift