

Antrag auf Mitgliedschaft
im Arbeitskreis Pflege im Mukoviszidose e.V.

Hiermit beantrage ich die Mitgliedschaft im AK Pflege ab dem
---.---.---

Meine Kontaktdaten:

Name, Vorname _____
Straße, Hausnr. _____
Wohnort _____
Telefon _____
E-Mailadresse _____

Weitere Informationen

Klinik _____
Klinikadresse _____
Arbeitsfeld _____

Bitte den Antrag mit einer Kopie der Mitgliedschaft im Mukoviszidose e.V. zurücksenden an:

Kristina Sinning (Mitgliederbetreuung im AK-Vorstand)

E-Mail: kristina.sinning@web.de

oder per Post an: AK Pflege im Mukoviszidose e.V., In den Dauen 6,
53117 Bonn

Datum, Unterschrift