



Ärztliche Gesellschaft für Gesundheit und Prävention e.V.

Beitrittserklärung/Änderungsantrag, mit Bankeinzugsermächtigung

(Name, Vorname)

(Privatadresse)

(Praxisadresse)

Telefon (Privat): _____

Fachrichtung: _____

Telefon (Praxis): _____

Zusatzqualifikationen: _____

Fax: _____

Geburtsdatum: _____

E-mail: _____

Besonderes Engagement im Bereich Gesundheitsförderung

Ich beantrage hiermit die Mitgliedschaft in der Gesellschaft der ÄGGP. Ich erkläre mich mit den Zielen der Gesellschaft einverstanden. Die jeweils gültige Satzung/Beitragsordnung sowie sonstige Vereinsordnungen/Richtlinien wurden mir zur Verfügung gestellt bzw. von mir eingesehen.

Ort, Datum

Unterschrift

