

Bitte am Bildschirm ausfüllen, ausdrucken, unterschreiben und per Post an den Schriftführer Ihrer Arbeitsgemeinschaft schicken!



Antrag auf Mitgliedschaft

Hiermit beantrage ich die Aufnahme in die

- Norddeutsche Arbeitsgemeinschaft Pädiatrische Pneumologie und Allergologie (nappa)
- Westdeutsche Arbeitsgemeinschaft für Pädiatrische Pneumologie und Allergologie (WAPPA)
- Arbeitsgemeinschaft Pädiatrische Pneumologie und Allergologie (APPA)
- Arbeitsgemeinschaft Pädiatrische Allergologie und Pneumologie Süd e.V. (AGPAS)

Akad. Titel	Vorname	Name
-------------	---------	------

Dienstadresse	Zustelladresse? Dann bitte ankreuzen: <input type="checkbox"/>
---------------	--

Tel.	Fax	E-Mail
------	-----	--------

Privatadresse	Zustelladresse? Dann bitte ankreuzen: <input type="checkbox"/>
---------------	--

Tel.	Fax	E-Mail
------	-----	--------

- Niedergelassener Arzt Klinikarzt Teilzeittätigkeit

Facharzt für

Zusatzbezeichnung: Allergologie Pädiatrische Pneumologie Umweltmedizin

Ich bin mit der jährlichen Abbuchung des Mitgliedsbeitrags einverstanden.

Kontonummer	BLZ
-------------	-----

Geldinstitut	Unterschrift (Einzugsermächtigung)
--------------	------------------------------------

Ort, Datum	Unterschrift (Mitgliedschaft)
------------	-------------------------------