

## Mitgliedsantrag

Ich möchte gern

**Mitglied**

**Gastmitglied**

**Fördermitglied**

im **Gesundheitsnetz Hegau e.V.** werden.

(Bitte ankreuzen)

Für Mitglieder und Gastmitglieder:

Ich bin als

Arzt/Ärztin    Apotheker/in    Zahnarzt/Zahnärztin    Heilpraktiker/in    .....

selbständig tätig    angestellt tätig    im Ruhestand

Zutreffendes bitte unterstreichen, bzw. Berufsbezeichnung eintragen!

Für Fördermitglieder:

Ich bin .....    selbständig    angestellt

Bitte Beruf angeben und Zutreffendes unterstreichen!

.....  
Vorname

.....  
Name/Titel

.....  
Straße

.....  
PLZ

.....  
Ort

.....  
Telefon \*

.....  
Fax \*

.....  
Tel. privat

.....  
Tel. mobil

.....  
E-Mail \*

\* Angaben erforderlich

.....  
Ort, Datum

.....  
Unterschrift

**Bankeinzugsermächtigung:**

Bitte buchen Sie den monatlichen Mitgliedsbeitrag von Euro ..... vierteljährlich, jeweils zum 15. des ersten Monats im Quartal ab.

Konto: IBAN:..... bei der .....

.....  
Ort, Datum

.....  
Unterschrift