



Berufsverband der Pneumologen Nordrhein-Westfalen e.V.



im Bundesverband der Pneumologen

Mitgliedsklärung

Hiermit erkläre ich mich zum Mitglied des Berufsverbandes Nordrhein-Westfalen der Pneumologen e.V.

Titel _____ **Vorname** _____ **Name** _____

Dienst- Praxisanschrift:

ggf.KH _____

Straße _____

PLZ, Ort _____

Tel _____

Fax _____

e- mail _____

Privatanschrift:

geb.am: _____

Straße _____

PLZ, Ort _____

Tel _____

Fax _____

e- mail _____

Art der Tätigkeit:

Praxis Klinik öffentl. Dienst Sonstiges _____

Fachgebiet und Zusatzbezeichnungen:

Pneumologie Internist mit Teilgebiet Pneumologie Allergologie

Umweltmedizin Sonstiges _____

Tätigkeit in der Rehabilitation:

ambulant klinisch

Weiterbildungsermächtigungen (Dauer in Monaten) :

Pneumologie: _____ Innere Medizin: _____ Allergologie: _____

Umweltmedizin: _____ Sonstiges: _____


Kontoverbindung :

Konto _____ BLZ _____ Bank _____

Ich erteile die Ermächtigung, die Mitgliedsbeiträge von o.a. Konto einzuziehen.

Unterschrift: _____

Bitte senden Sie die ausgefüllte Mitgliedsklärung an die umseitige
Anschrift oder an die folgende Faxnummer:

 02131 / 20169-20

