



AKADEMIE FÜR ÄRZTLICHE FORTBILDUNG IN RHEINLAND-PFALZ
ÖFFENTLICHE STIFTUNG DES BÜRGERLICHEN RECHTS

Geschäftsstelle des Fördervereins für ärztliche Fortbildung in Rheinland-Pfalz e.V.

Aufnahmeantrag
für die Mitgliedschaft im
Förderverein für ärztliche Fortbildung in Rheinland-Pfalz e.V.

Hiermit erkläre ich meinen Beitritt als

natürliche Person
(persönliche Mitgliedschaft) in Höhe von **60.-- € jährlich**

oder

Personengemeinschaft
(Firma, Institution, Verband) in Höhe von **1.000.-- € jährlich**

Anschrift:

Name, Vorname

Firma, Institution, Verband

Anschrift

PLZ, Ort

Telefon, Telefax

E-Mail-Anschrift

Mainz, den

Unterschrift