

Aufnahmeantrag in die AGMFM

Hiermit möchte ich die Aufnahme als Mitglied in die Arbeitsgemeinschaft für materno-fetale Medizin e.V. beantragen:



PD Dr. M. Gonser

AGMFM
Ludwig-Erhard-Str. 100
65199 Wiesbaden

Titel

* Vorname

* Nachname

* Geburtsdatum

* ausgeübter Beruf

* Arbeitsstätte

* Straße

* PLZ

* Ort

Telefon

Fax

* Emailadresse

Ich möchte am Bankeinzugsverfahren teilnehmen

Ja

* Privatanschrift

* Mit der Speicherung, Verarbeitung und Übermittlung dieser Daten gem. BDSG im Rahmen der satzungsmäßigen Aufgaben der AGMFM bin ich einverstanden. Die Satzung der AGMFM ist mir bekannt und wird akzeptiert. Mit der Veröffentlichung meines Namens, des ausgeübten Berufs und der Arbeitsstätte auf der Internetseite der AGMFM, bin ich einverstanden. Telefonnummern und Emailadressen werden nicht veröffentlicht.

Ich stimme zu

Bitte füllen Sie alle Felder aus, die mit einem Stern markiert sind.

Ort, Datum, Stempel, Unterschrift