

Bitte am Bildschirm ausfüllen, ausdrucken, unterschreiben und per Post an den Schriftführer der WAPPA schicken!



ANTRAG AUF MITGLIEDSCHAFT

Hiermit beantrage ich die Aufnahme in die Westdeutsche Arbeitsgemeinschaft für Pädiatrische Pneumologie und Allergologie (WAPPA)

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)
------------	-------------------------------