

Fördergesellschaft

der Akademie für medizinische Fort- und Weiterbildung Schleswig-Holstein e. V.
Esmarchstraße 4, 23795 Bad Segeberg

Beitrittserklärung

Hiermit erkläre ich meinen Beitritt zur Fördergesellschaft der Akademie für medizinische Fort- und Weiterbildung Schleswig-Holstein e.V.

Firma	
Ansprechpartner	
Firmenanschrift	
Korrespondenz- anschrift	
Telefon	
Telefon mobil	
Fax	
E-Mail	
Mitgliedsbeitrag (mind. 300,00 €)	
Beitrittsdatum	

Ort, Datum

Firmenstempel / Unterschrift