



## **ANTRAG AUF MITGLIEDSCHAFT**

Bitte füllen Sie das Formular vollständig und gut leserlich (in Blockschrift) aus übermitteln Sie uns dieses gemeinsam mit Ihrem Lebenslauf!

### **Ich bin:**

- Facharzt / Fachärztin in Ausbildung zu : .....
- Ergotherapeut/in
- Physiotherapeut/in
- Sonstige: .....

### **Daten:**

Titel: .....

Vorname: ..... Nachname: .....

Geburtsdatum: .....

Postanschrift:.....

Tel.: ..... Fax: ..... E-Mail: .....

### **Ich arbeite:**

- im Krankenhaus                       in der Ordination
- in der Industrie                       sonstiges: .....

Arbeitsplatz: .....

Adresse: .....

Tel.: ..... Fax: ..... E-Mail: .....

.....  
**Datum**

.....  
**Unterschrift**

\_\_\_\_\_  
**Gepprüft vom Generalsekretär**