



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
- Arzt in Ausbildung zu :
- Ergotherapeut/in
- Physiotherapeut/in
- Sonstige:

Daten:

Titel:

Vorname: Nachname:

Geburtsdatum:

Postanschrift:

Tel.: E-Mail:

Ich arbeite:

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

Arbeitsplatz:

Adresse:

Tel.: E-Mail:

Datenschutz: Eine Mitgliedschaft in der DAH ist ohne das Erheben, Speichern und Verarbeiten Ihrer persönlichen Daten bzw. den Daten der Firma, die Sie vertreten, nicht möglich. Dies geschieht ausschließlich zum Zweck der Verwaltung und zur Organisation inkludierter Leistungen Ihrer Mitgliedschaft. Ihre Daten werden nur an Dritte weitergegeben, die direkt in den Verwaltungsablauf involviert sind und wenn der organisatorische Ablauf dies erforderlich macht.

.....
Datum

.....
Unterschrift

Geprüft vom Generalsekretär