

Bitte per Fax an die Geschäftsstelle in Wallerfangen senden.

Fax-Nr. 06837 – 9 09 93 75

## Für Studenten

### Neuaufnahme Saarländischer Hausärztinnen- und Hausärzteverband e.V.



#### Personalien:

Name: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_

Geb. Datum: \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_ Telefax: \_\_\_\_\_

Mail: \_\_\_\_\_

Anschrift: \_\_\_\_\_

## Beitrittserklärung

Zum Saarländischen Hausärztinnen- und Hausärzteverband e.V.

Hiermit erkläre ich meinen Beitritt zum \_\_\_\_\_

Die Mitgliedschaft ist für Studenten beitragsfrei.

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift