

Bitte per Fax an die Geschäftsstelle in Wallerfangen senden.

Fax-Nr. 06837 – 9 09 93 75

**Aufnahme
Saarländischer Hausärzteverband
für Studenten**

Saarländischer
Hausärzteverband e.V.



Personalien:

Name: _____

Vorname: _____

Geb. Datum: _____

Telefon: _____

Telefax: _____

Email: _____

Anschrift: _____

Beitrittserklärung

Zum Saarländischen Hausärzteverband e.V. im Deutschen Hausärzteverband e.V.

Hiermit erkläre ich meinen Beitritt zum _____

Die Mitgliedschaft ist für Studenten beitragsfrei.

Ort, Datum

Unterschrift