



Beitrittserklärung *Junge Hessische Allgemeinmedizin e.V. Frankfurt*

Hiermit erkläre ich ab _____ meinen Beitritt als Mitglied in die Junge Hessische Allgemeinmedizin e.V. Frankfurt.

Name: _____ Vorname: _____
Geb.-Datum: _____ Straße: _____
PLZ: _____ Ort: _____
Telefon: _____ E-Mail: _____

Datum (geplante) Facharztprüfung : _____

Aktuelles Beschäftigungsverhältnis: () Praxis
() stationär

Geplantes Beschäftigungsverhältnis: () Niederlassung selbstständig
() angestellt

Durch meine Unterschrift erkenne ich die Satzung des Vereins an. Der Jahresbeitrag beträgt aktuell 24,-€.

Ort, Datum

Unterschrift des Mitglieds