

Deutsch-Englische Ärztevereinigung
 Dr. Everard Braganza
 St. Martinus Hospital
 Hospitalweg 6
 57462 Olpe
 Deutschland

Beitrittsformular

Titel	Adresse
Name	
e-mail	
Fon	
Fax	

Hiermit beantrage ich meine Mitgliedschaft in der Deutsch-Englischen Ärztevereinigung e.V.
 Mitgliedsbeiträge werde ich jährlich entrichten und ich bin informiert, dass diese leider nicht rückerstattet
 werden können. (Bankverbindung: Deutsche Apotheker- und Ärztebank, Konto 3187985, BLZ 700 90606)

Mein jährlicher Mitgliedsbeitrag beträgt:

Euro 10,00 (Studenten)

Euro 25,00 (regulär)

Derzeitige Tätigkeit

Sprachkenntnisse in Deutsch

Fließend
 gut
 mäßig
 keine

Sprachkenntnisse in Englisch

Fließend
 gut
 mäßig
 keine

Von der DEÄV habe ich folgendermaßen gehört:

- Freunde
- Poster / Handzettel (wo?)
- Internet
- Zeitung / Anzeigen (welche?)
- Sonstiges (bitte angeben)

Kommentare & Fragen?

Datum

Unterschrift