



Beitrittserklärung

1 Antrag auf Mitgliedschaft

Nach Kenntnisnahme und Billigung der Satzung des Anästhesie-Netzes Hamburg (ANH) erkläre ich hiermit meinen Beitritt mit Wirkung zum ersten des nächsten Monats.

Name, Vorname, Geburtsdatum

Adresse

Telefon

Emailadresse

2 Einverständnis zur Datenverarbeitung und -weitergabe

Ich bin damit einverstanden, daß meine Daten (Name, Adresse, Telefonnummer und Emailadresse) innerhalb des ANH allen Mitgliedern zugänglich gemacht werden.

Hamburg, den

Unterschrift

Bitte ausgefüllt per Post, Fax oder Email schicken an:

Michael Hartmann-Sell
Anästhesie rund um Hamburg
Osterkamp 8
22043 Hamburg
Fax: 040-22861852
Michael.hartmann-sell@gmx.de