

Beitrittsformular

(bitte deutlich in Druckbuchstaben ausfüllen)

Hiermit beantrage ich,

Name _____ Titel _____

Vorname _____

Straße und Haus-Nr. _____

PLZ _____ Ort _____ Land _____

Telefon _____

E-Mail _____

Mitglied der Deutschen Gesellschaft für Krankenhausgeschichte e.V. zu werden.

Die Mitgliedschaft soll am _____ beginnen.

Ich beantrage die Mitgliedschaft als

- persönliches Mitglied (60 €/Jahr)
- persönliches Mitglied/Student/in (30 €/Jahr, aktuelle Studienbescheinigung liegt an)
- Verband/Institution (120 €/Jahr)

Datum

Unterschrift

Bitte im frankierten Briefumschlag senden an:

Deutsche Gesellschaft für
Krankenhausgeschichte e.V.
c/o Fliedner-Kulturstiftung
Kaiserswerth
Zeppenheimer Weg 20
40489 Düsseldorf