

# Beitragsformular

(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 Universität Salzburg  
z. H. Ass. Prof. Dr. Alfred Stefan Weiß  
Rudolfskai 42  
5020 Salzburg  
Österreich