

Antrag auf Mitgliedschaft
im Arbeitskreis Pflege im Mukoviszidose e.V.

Hiermit beantrage ich die Mitgliedschaft im AK Pflege ab dem
---.---.---

Meine Daten:

Name, Vorname

Klinik

Klinikadresse

Arbeitsfeld

Wohnort

Meine Kontaktdaten (für die AK-Kommunikation):

E-Mailadresse

☐ dienstlich / ☐ privat

Telefon

☐ dienstlich / ☐ privat

Weitere E-Mailadresse _____

Bitte den Antrag mit einer Kopie der Mitgliedschaft im Mukoviszidose e.V. zurücksenden an:

Melanie Köller (Mitgliederbetreuung im AK-Vorstand)

E-Mail: ak-pflege@muko.info

oder per Post an: AK Pflege im Mukoviszidose e.V., In den Dauen 6,
53117 Bonn

Datum, Unterschrift