

# Arbeitskreis Schmerz im Kindesalter e.V.

## Arbeitskreis Schmerz im Kindesalter e.V.

Asklepios Klinik Sankt Augustin

Sek. Anästhesiologie

Arnold-Janssenstr. 29

53757 Sankt Augustin



### - Aufnahmeantrag -

Ich möchte förderndes Mitglied im **Arbeitskreis Schmerz im Kindesalter e.V.** werden:

#### 1. NAME

Titel	Vorname	evtl. weiterer Vorname	Familiename

Die nachfolgend abgefragten Informationen werden benötigt, um Ihnen die Anschreiben des **Arbeitskreis Schmerz im Kindesalter e.V.** zuzusenden und um das Mitgliederverzeichnis stets auf dem aktuellen Stand zu halten. Es steht Ihnen frei, einzelne Felder unausgefüllt zu lassen. Der Jahresbeitrag für Freunde und Förderer beträgt derzeit € 25,- Fördermitglieder haben kein Stimmrecht auf der Jahreshauptversammlung.

#### 2.1 ANSCHRIFT DIENSTLICH

Institution / Firma	
Abteilung	
Straße	
PLZ und Ort	
Land (falls ≠ D)	
Telefon/Fax	

#### 2.2 ANSCHRIFT Privat

Straße	
PLZ und Ort	
Land (falls ≠ D)	
Telefon/Fax	
E-Mail	

#### 4. PERSÖNLICHE DATEN

--	--	--

Tag    Monat    Jahr  
GEBURTSDATUM

    

männlich    weiblich  
GESCHLECHT

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift