

# Mitgliedsantrag



- Geschäftsstelle  
c/o Ärztekammer  
Lerchenfeld 14  
D - 22081 Hamburg

oder per Fax an:  
+49 (0) 40 2272 8822

Hiermit beantrage ich die Aufnahme in die Gesellschaft für Qualitätsmanagement in der Gesundheitsversorgung e.V. (GQMG) als\*:

- ..... ordentliches Mitglied / Jahresbeitrag **90,- €**
- ..... Mitglied in Ausbildung\*\* / ermäßigter Jahresbeitrag **45,- €**
- .. institutionelles/förderndes Mitglied\*\*\* / (mind. 3-facher) Jahresbeitrag ..... €

(\*Bitte ankreuzen, \*\*Nachweis erforderlich, \*\*\*Jahresmitgliedsbeitrag bitte eintragen)

Ich bin darüber informiert, dass der Vorstand über den Aufnahmeantrag zeitnah entscheidet.

<b>Geschäftsadresse</b> <input type="radio"/> Rechnungsadresse	<b>Privatadresse</b> <input type="radio"/> Rechnungsadresse
..... Name der Einrichtung / Firma	..... Titel, Vorname, Name
..... Titel, Vornamen, Name der Ansprechperson	..... Straße, Hausnummer
..... Straße, Hausnummer	..... Land (A, CH, D, L...), PLZ, Ort
..... Land (A, CH, D, L...), PLZ, Ort	

.....  
Ausbildung, ausgeübte Tätigkeit

.....  
Telefon, Fax (fakultativ) eMail (bitte unbedingt angeben)

Ich bin damit einverstanden, dass mein Name und meine Adresse in die auf Anfrage an Mitglieder der GQMG herausgegebene Mitgliederliste aufgenommen werden  ja  nein

.....  
Datum, Unterschrift

**Einzugsermächtigung** Hiermit ermächtige ich die Gesellschaft für Qualitätsmanagement in der Gesundheitsversorgung e.V. (GQMG) zur Einziehung meines jährlichen Mitgliedsbeitrages (nur in Deutschland möglich).

.....  
Kontoinhaber (auch z.B. Einrichtung oder Krankenhaus, bitte unbedingt angeben)

.....  
Kontonummer, Geldinstitut

.....  
Bankleitzahl Datum, Unterschrift