

Mitgliedsantrag



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

oder per Fax an:
+49 (0) 40 202299-430

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.

Geschäftsadresse

Rechnungsadresse

.....
Name der Einrichtung / Firma

.....
Titel, Vornamen, Name der Ansprechperson

.....
Straße, Hausnummer

.....
Land (A, CH, D, L...), PLZ, Ort

Privatadresse

Rechnungsadresse

.....
Titel, Vorname, Name

.....
Straße, Hausnummer

.....
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 