

An die
Vereinigung Hamburger Kinderärzte e.V.
c/o Sekretariat der Kinderklinik
Asklepios Krankenhaus Nord Heidberg
Tangstedter Landstraße 400

22417 Hamburg

Beitrittserklärung

Hiermit möchte ich meinen Beitritt zu der Vereinigung Hamburger Kinderärzte e.V. erklären.

Mit ist bekannt, dass der jährliche Beitrag z. Zt. **30,00 €** beträgt, ich werde diese Summe auf das Konto der

Vereinigung Hamburger Kinderärzte e.V.
Postbank Hamburg, IBAN: DE50 2001 0020 0200 0912 09, BIC: PBNKDEFF

überweisen.

Meine Personalien:

Name: _____

Adresse (ggf. Stempel): _____

Telefon-Nr.: _____

Email-Adresse: _____

Hamburg, den

(Unterschrift)