

IGPVA e.V.

Interessengemeinschaft der
Programmverantwortlichen
Ärzte Deutschland e.V.
Wachstraße 4
13507 Berlin
Telefax: 030/43911916

Beitrittserklärung

Frau / Herr Dr. med. _____

Dienstanschrift

Institution: _____

Straße/Postfach: _____

Land/PLZ/Ort: _____

Tel.: _____ Fax: _____

E-Mail: _____

Privatanschrift

Adresse: _____

Tel.: _____ Fax: _____

E-Mail: _____

Sehr geehrte Kolleginnen und Kollegen,

Ich erkläre den Beitritt zur IGPVA Interessengemeinschaft der Programmverantwortlichen Ärzte Deutschland e.V. als ordentliches Mitglied.

.....,den.....
Datum

.....
Unterschrift