

Antrag auf Mitgliedschaft im Wundnetz Mittelthüringen e.V.



Kontaktdaten:

Anrede _____

Frau _____

Herr _____

Titel _____

Name _____

Vorname _____

Geburtsdatum _____

Beruf/Tätigkeit _____

Institution _____

Straße, Hausnr. _____

PLZ, Ort _____

Telefon+Fax _____

E-Mail _____

Bankverbindung: _____

Kontoinhaber
(Vor u. Zuname) _____

Bankleitzahl _____

Kontonummer _____

Kreditinstitut _____

Datenschutz:

Ich habe die Datenschutzerklärung des Wundnetzes Mittelthüringen e.V. gelesen. Ich stimme sowohl der Datenschutzerklärung als auch der Veröffentlichung meiner Kontaktdaten auf der Homepage des Wundnetzes Mittelthüringen zu.

Satzung:

Der Inhalt der Satzung ist mir bekannt und ich stimme dieser zu.

Ort, Datum

Unterschrift

© Wundnetz Mittelthüringen e.V.

Tel. +49 (0) 3643 811 8020 Fax +49 (0) 3643 811 8021
info@wundnetz-mittelthueringen.de