

Adipositasnetzwerk Hessen e.V.

Herrn
Dr. med. Gerd Claußnitzer
c/o Spessart-Klinik Bad Orb GmbH
Würzburger Straße 7 – 13

63619 Bad Orb

1. Vorsitzender

Dr. med. Gerd Claußnitzer

Tel.Nr. 06052 – 87 420

E-Mail dr.claussnitzer@spessartklinik.de

Antrag auf Mitgliedschaft im Adipositasnetzwerk Hessen e.V.

Ich beantrage hiermit, in das Adipositasnetzwerk aufgenommen zu werden.

Frau Herr

Titel _____

Name _____ Vorname _____

Institution _____

Adresse _____

Telefon _____ Telefax _____

E-Mail _____

Berufsbezeichnung _____

Fachbezeichnung _____

Ich bin damit einverstanden, dass meine Kontaktdaten auf der Homepage eingetragen werden ja nein

Einzugsermächtigung:

Hiermit ermächtige ich das Adipositasnetzwerk Hessen e.V. bis auf Widerruf die jeweils fälligen Mitgliedsbeiträge von 20,- € jährlich, von meinem Konto durch Lastschrift einzuziehen.

Bank _____

IBAN _____

BIC _____

Datum _____ Unterschrift: _____

Homepage: <http://www.adipositas-hessen.de>