

FSG Medizin Hoyerswerda e.V.
Dietrich-Bonhoeffer-Straße 4
02977 Hoyerswerda
Tel. 03571 6085280



Aufnahmeantrag / Beitrittserklärung

Hiermit trete ich der FSG Medizin Hoyerswerda e.V. als ordentliches Mitglied bei.
(Für Kinder bitte den Namen des Kindes angeben und als Sorgeberechtigter unterschreiben)

Herr / Frau

Vorname

Nachname

Geb. am

Straße

PLZ Ort

Telefon

E-Mail

Durch meine Unterschrift erkenne ich die Satzung des Vereins an, veröffentlicht unter www.fsg-medizin.de/satzung

Die Mitgliedschaft ist jederzeit mit einer Frist von vier Wochen zum Monatsende kündbar.

Hoyerswerda, den

Unterschrift

Durch den Verein auszufüllen

Mitgliedsnummer

Abteilung

Bearbeitet von