

BAGNÄ

BAYERISCHE ARBEITSGEMEINSCHAFT NIEDERGELASSENER ÄRZTE UND
ÄRZTINNEN IN DER VERSORGUNG DER HIV-INFEKTION UND ANDERER
SEXUELL ÜBERTRAGBARER INFESTIONEN E. V.
GEMEINNÜTZIGER VEREIN

ANTRAG AUF MITGLIEDSCHAFT

Antragsteller

*Name **

*Vorname **

*Email-Adresse **

** = Pflichtangaben*

evtl. akad. Titel

Tätig für/bei (Praxis, Klinik, Institut ...)

Bürgen gem. § 7 der Satzung der BAGNÄ

Bürge 1 (Vorname, Name)

Bürge 2 (Vorname, Name)

Unterschrift

Unterschrift

Antrag angenommen / Bestätigung der Mitgliedschaft

Datum

Unterschrift (für den Vorstand)