



Landesverband Hessen der
Ärztinnen und Ärzte und Zahnärztinnen
und Zahnärzte des Öffentlichen
Gesundheitsdienstes e.V.

**Hiermit beantrage ich die Mitgliedschaft im Verband der Ärztinnen und Ärzte und
Zahnärztinnen und Zahnärzte des Öffentlichen Gesundheitsdienstes e.V. Landesverband Hessen.**

(Ort/Datum)

(Unterschrift)

Stammdaten des Mitgliedes

(bitte ausfüllen)

Name: _____

Vorname _____

Geburtsdatum: _____

Straße: _____

Wohnort (PLZ): _____

Dienststelle: _____

Straße: _____

Ort (PLZ): _____

Telefon dienstlich: _____

privat: _____

E-Mail: _____

Mitgliedsstatus

beamtet: aktiv (70,-- €)

angestellt: aktiv (70,-- €)

Pensionär (15,-- €)

Rentner (15,-- €)

ohne Bezüge beurlaubt (15,-- €)

ohne Bezüge beurlaubt (15,--€)

Beitragshöhe des Landesverbandes (Gesamtbeitrag)

€: _____

Name und Anschrift

des Absenders:

(bitte mit Schreibmaschine,
in Druckschrift oder Stempel)

Landesverband Hessen
der Ärztinnen und Ärzte und Zahnärztinnen und Zahnärzte
des Öffentlichen Gesundheitsdienstes e.V.

z. Hd. der Kassenwartin:

Frau
Dr. med. Dorothee Hofmann
Turmstr. 47

36124 Eichenzell