



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)**

Titel
Vorname
Nachname
Geburtsdatum

**Kontaktdaten dienstlich:**

Dienststelle:
Straße, Hausnummer, PLZ, Ort:
Telefon, Email:

**Kontaktdaten privat:**

Straße, Hausnummer, PLZ, Ort:
Telefon, Email:

**Mitgliedsstatus (bitte ankreuzen)**

**Ärztin / Arzt:**

aktiv (90,-- €)

berentet (15,-- €)

ohne Bezüge beurlaubt (15,-- €)

**Zahnärztin / Zahnarzt:**

aktiv (20,-- €)

berentet (15,-- €)

ohne Bezüge beurlaubt (15,-- €)

Beitragshöhe des Landesverbandes (Gesamtbeitrag)

€: \_\_\_\_\_

**Bitte senden Sie den Antrag an:**

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

z. Hd. der Kassenwartin:

Frau Dr. Dorothee Hofmann

Turmstr. 47

36124 Eichenzell