Antrag auf Mitgliedschaft
in der Gesellschaft für Innere Medizin Thüringens e. V.

Hiermit beantrage ich meine Mitgliedschaft in der Gesellschaft für Innere Medizin Thüringens e. V..

Akademische Grade: _____

Vorname: _____

Name: _____

Geburtsdatum: _____

Dienststellung: _____

Dienstanschrift

Klinik / Praxis: _____

Straße: _____

PLZ, Ort: _____

Telefon: _____

Telefax: _____

E-Mail: _____

Anschrift privat

Straße: _____

PLZ, Ort: _____

Mitglied in welchen weiteren medizinisch-wissenschaftlichen Fachgesellschaften:

_____

_____

_____

_____

Ort/Datum, Unterschrift

Hinweis: Die Mitgliedschaft ist beitragsfrei.