

Antrag auf Mitgliedschaft

Hiermit beantrage ich die Mitgliedschaft im

Netzwerk für die Versorgung schwerkranker Kinder und Jugendlicher e.V.
Fuhrberger Straße 4 | 30625 Hannover

Name, Vorname _____

Straße _____

PLZ, Ort _____

Telefon _____

Fax _____

E-Mail _____

Verein/ Verband/
Einrichtung _____

Kontaktperson _____

Straße/PLZ/Ort _____

Telefon _____

Fax _____

E-Mail _____

Der aktuelle Mitgliedsbeitrag wird jährlich in der Mitgliederversammlung festgelegt und beträgt zur Zeit 10,00 Euro pro Jahr.

Ort, Datum

(Unterschrift)

Netzwerk für die Versorgung schwerkranker Kinder und Jugendlicher e.V.

Register: Amtsgericht Hannover VR 200561

Vorstand: Prof. D. Reinhardt; Dr. A. Sander; Prof. A. Pekrun; Kassenwart: D. Frankenstein; Schriftführer: Dr. W. Eberl

Geschäftsführung: Rebecca Toenne

Geschäftsansässig: Fuhrberger Straße 4 | 30625 Hannover | Tel. +49(0)511 380 77 000 | Fax +49(0)511 380 77 001

Bankverbindung: Hannoversche Volksbank eG, IBAN DE20 2519 0001 0607 1007 00, BIC VOHADE2H