



# Mitgliedsantrag für die Hausarztakademie Hersfeld-Rotenburg

Name, Vorname: \_\_\_\_\_

Straße: \_\_\_\_\_

PZL; Wohnort: \_\_\_\_\_

Telefon/Fax: \_\_\_\_\_

E-Mail: \_\_\_\_\_

Geb.-Datum: \_\_\_\_\_

Geb.-Ort: \_\_\_\_\_

Ausbildungsbeginn: \_\_\_\_\_

Gewünschter  
Ausbildungsort: \_\_\_\_\_

- Hiermit erkläre ich mein Einverständnis für die Mitgliedschaft der Hausarztakademie Hersfeld-Rotenburg. Der Satzungsinhalt ist mir bekannt und ich stimme mit meiner Unterschrift der Satzung zu.

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift