

VIH

c/o Karin Jimenez
Friedrich-Ebert-Str. 65
90766 Fürth



**Verein für
Infektionsprävention und
Hygiene
im Gesundheitswesen**

Aufnahmeantrag

Name _____

Vorname _____

geb. _____

PLZ _____ Wohnort _____

Str. _____ Nr. _____

Tel. priv. _____ Mobil _____

Dienstl. _____ Fax _____

Email _____@_____

Berufsgruppe:

Arzt: Klinik Praxis Amt Öffentl. Gesundheitsdienst

Pflegepersonal: Klinik Heim Amb.Pfl. Freiberuflich

Fachpersonal: Praxis Zahnarztpraxis Gesundheitsamt

Andere: Rettungsassistent

Podologe

Arbeitsuchend

Sonstige _____

Ausbildung zur/zum _____

Weiterbildungsstätte _____

Der Vereinsbeitrag beträgt 20,00 Euro pro Jahr.

Bankeinzug der Mitgliedsgebühr gewünscht ja nein siehe Seite 2

Mit der Speicherung und datentechnischen Verarbeitung meiner Angaben bin ich einverstanden.

Ort, Datum und Unterschrift _____

bitte 2. Seite beachten

