

Geschäftsstelle:
Lesumstr. 3
D – 26180 Rastede
Tel: +49-4402-84662
Fax: +49-4402- 987360

Antrag auf Mitgliedschaft

Hiermit beantrage ich

Name:

Vorname:

Straße / Haus-Nr.:

PLZ:

Ort:

E-Mail:

die Aufnahme als

aktives Mitglied

förderndes Mitglied

in den Förderverein zur Erforschung des betriebsärztlichen Handelns in der NS-Zeit e.V. [FBHNS] zu
einem Jahres-Mitgliedsbeitrag von € 60,--.

.....

Ort / Datum

.....

Unterschrift