



# Mitgliedsbeitrittserklärung

Ich erkläre hiermit meinen Beitritt zum Verein „Ärzte für die Westpfalz e.V.“ als Fördermitglied und erkläre mich bereit, den nach der Beitragsordnung vorgesehenen Mitgliedsbeitrag zu entrichten.

Institution \_\_\_\_\_

vertreten durch: \_\_\_\_\_

Straße: \_\_\_\_\_

PLZ, Ort: \_\_\_\_\_

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

Telefonnummer: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
(Ort, Datum, Unterschrift des Mitglieds)

Bitte sende Sie das ausgefüllte Beitrittsformular an die Geschäftsstelle des Vereins:

Kreisverwaltung Kusel, Stabstelle Büro Landrat / Kreisentwicklungsbüro,  
Ärzte für die Westpfalz e.V., z. Hd. Frau Katja Altmeyer, Trierer Straße 49 - 51, 66869 Kusel