



## Regionales Rheumazentrum Berlin e. V.

Vorstandsvorsitzende

PD Dr. Hildrun Haibel

Geschäftsstelle

Schloßstraße 110, 12163 Berlin

Kontakt

Telefon: 0331-5676367

FAX: 0331-27976839

eMail: [info@rheumazentrumberlin.de](mailto:info@rheumazentrumberlin.de)

[www.rheumazentrumberlin.de](http://www.rheumazentrumberlin.de)

### Antrag auf Mitgliedschaft im Regionalen Rheumazentrum Berlin e. V

Name: .....

Website .....

Fachrichtung .....

ggf. Zusatzbezeichnung: .....

Dienstanschrift: .....

**eMail-Adresse:** .....

*Bitte geben Sie eine eMail-Adresse an, die Sie sicher regelmäßig abrufen, da die interne Kommunikation des Rheumazentrums auf elektronischem Wege erfolgt.*

FAX dienstlich: .....

#### Vorteile

Mit einer Mitgliedschaft haben Sie die Möglichkeit, aktiv die rheumatologische Landschaft im Großraum Berlin mitzugestalten und zu unterstützen. Mitglieder ohne eigene Homepage haben zudem die Möglichkeit, ihre Praxis auf der Homepage des Rheumazentrums zu präsentieren. Bitte informieren Sie sich über uns auf [www.rheumazentrumberlin.de](http://www.rheumazentrumberlin.de).

#### Kosten

Der Mitgliedsbeitrag beträgt 60 € pro Jahr; bei Erteilung einer Einzugsermächtigung 50 € pro Jahr. Unabhängig vom Zeitpunkt des Beginns der Mitgliedschaft ist jeweils der volle Jahresbeitrag im Beitrittsjahr fällig; dies gilt gleichermaßen für die Kündigung der Mitgliedschaft.

#### Prozedere

Bitte senden Sie dieses Formular an [info@rheumazentrumberlin.de](mailto:info@rheumazentrumberlin.de) oder per FAX an 0331-27976839 oder auf herkömmlichem Postweg an Rheumazentrum, Holzmarktstr. 9, 14467 Potsdam. Danach entscheidet der Vorstand über Ihre Aufnahme.

Unterschrift: .....

Datum: .....