

Mitgliedsantrag

AG AL Gesundheit

Angaben zur Person:

Titel/Akademischer Grad	
Name*	
Vorname*	
Geburtsdatum*	
Geburtsort*	
Straße*	
PLZ*	
Ort*	

Ich möchte Mitglied in der AG AL Gesundheit werden

ja

*

Datum, Ort

*

Unterschrift

Kontaktangaben:

Telefon, privat	
Telefon, dienstl.	
Mobilfunk, privat *	
Mobilfunk, dienstl.	
eMail, privat (*)	
eMail, dienstl. (*)	
sonstiges	

Angaben zur Funktion:

Funktion*	<input type="checkbox"/> LNA <input type="checkbox"/> OrgL
Benannt durch*	
Benannt seit	

Mit * gekennzeichnete Felder sind Pflichtfelder!

Von der HiK auszufüllen:

Mitgliedsantrag angelegt	
Mitglieder-Nr. erstellt	
Ausweis erstellt	
Funktion Sprecher Von: Bis:	

Ich bin mit der Speicherung meiner angegebenen Daten und deren Verwendung ausschließlich für die HiK RLP einverstanden. Ich kann jederzeit mein Einverständnis schriftlich bei der Geschäftsführung der HiK widerrufen.

*

Datum, Ort

*

Unterschrift

Zur Erstellung des Ausweises benötigen wir ein Passfoto (jpg oder tif-Datei max. 300kb 3:4-Format). Bitte an b.tessmer@lv-rlp.drk.de senden.

Bitte senden Sie den ausgefüllten Antrag an:

**DRK Landesverband Rheinland-Pfalz e.V.
Abteilung 2 – Rotkreuzgemeinschaften
z.Hd. Herrn Björn Teßmer
Mitternachtsgasse 4
55116 Mainz**

oder:

per Mail an:

b.tessmer@lv-rlp.drk.de

oder:

per Fax an:

+49 (0) 6131/2828-1299

Mit * gekennzeichnete Felder sind Pflichtfelder!