Deutsche Kontinenz Gesellschaft

Deutsche Kontinenz Gesellschaft e.V.
Geschäftsstelle
Friedrichstr. 15
60323 Frankfurt am Main

Antrag auf Mitgliedschaft in der Deutschen Kontinenz Gesellschaft e.V.

Hiermit bitte ich um Aufnahme als Mitglied in die Deutsche Kontinenz Gesellschaft e.V.

Jahresbeitrag Euro 50,--

☐ Arzt/Ärztin; Fachrichtung _____
☐ Apotheker(in) ☐ Sanitätsfachhändler(in)

Jahresbeitrag Euro 35,--

☐ Pflegekraft ☐ Ass.-Arzt. /Ärztin (mit Nachweis)
☐ Physiotherapeut/Krankengymnast(in) ☐ MTA

Jahresbeitrag Euro 70,--

☐ Sanitätshaus ☐ Ambulanter Pflegedienst ☐ Sonstiges Unternehmen

Titel / Name _____

Abteilung_____

Klinik / Praxis_____

Straße_____

Ort _____

Tel. _____

E-Mail _____

Datum _____ Unterschrift _____

Den Antrag auf Mitgliedschaft als anerkannte Beratungsstelle finden Sie auf der Website www.kontinenz-gesellschaft.de

Beitragssätze lt. Mitgliederversammlung vom 10.11.2017