

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 MTA Ass.-Arzt./Ärztin (mit Nachweis)
 Ambulanter Pflegedienst Physiotherapeut/Krankengymnast(in)

korporativ (Beitrag auf Anfrage)

- Verband Reha-Kliniken

Titel / Name _____

Abteilung _____

Klinik / Praxis _____

Straße _____

Ort _____

Tel. _____

E-Mail _____

Datum _____ Unterschrift _____

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