

An den  
BVMBZ e.V.  
Hildesheimer Str. 265  
30519 Hannover

Fax: 0511 - 844 14 12

**Antrag auf Aufnahme** in den  
Bundesverband Medizinischer Bildungszentren (BVMBZ) e.V.

Hiermit beantrage ich für das Bildungszentrum

\_\_\_\_\_  
Name

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

\_\_\_\_\_  
Rechtsform

\_\_\_\_\_  
Telefon

\_\_\_\_\_  
Straße / Hausnummer

\_\_\_\_\_  
Telefax

\_\_\_\_\_  
Postleitzahl / Ort

\_\_\_\_\_  
Website

die Aufnahme in den Bundesverband Medizinischer Bildungszentren (BVMBZ) e.V.

\_\_\_\_\_  
Name

\_\_\_\_\_  
Funktion

\_\_\_\_\_  
Ort

\_\_\_\_\_  
Datum

**Beitragszahlung**

Hiermit erkläre ich mich bereit, den jeweils gültigen Jahresbeitrag nach Rechnungsstellung zu Jahresbeginn zu entrichten.

Bei Beginn der Mitgliedschaft während eines laufenden Jahres wird der Jahresbeitrag anteilig fällig.

\_\_\_\_\_  
Name

\_\_\_\_\_  
Funktion

\_\_\_\_\_  
Ort

\_\_\_\_\_  
Datum