

Refudocs Freiburg e. V.

Antrag auf Mitgliedschaft im Verein Refudocs Freiburg e. V.

Vorname, Name:		
Straße, Nummer:		
PLZ, Wohnort:		
Telefon:		
Fax:		
Email:		
Beruf		
Aktive Mitarbeit in der medizinischen Versorgung von Flüchtlingen, Asylsuchenden und deren Kinder gewünscht	Ja ☐	Nein ☐

- ☐ Mit meiner Unterschrift beantrage ich die Mitgliedschaft im Verein.
- ☐ Mit meiner Unterschrift erkläre ich mich einverstanden, dass meine Daten zu Vereinszwecken benutzt werden.
- ☐ Ich habe die Satzung zur Kenntnis genommen und bin einverstanden.
(<http://freiburg.refudocs.de/satzung/>)

Ort, Datum:	
Unterschrift:	