



c/o Klinikum Links der Weser
Klinik für Kinder- und Jugendmedizin
Senator-Weßling-Straße 1
D- 28277 Bremen

kontakt@kontinenzschulung.de
www.kontinenzschulung.de

(Per Fax an 0421 – 879- 15 37)

Antrag auf Mitgliedschaft

Hiermit beantrage ich die Mitgliedschaft für den Verein
Konsensusgruppe Kontinenzschulung im Kindes- und Jugendalter (KgKS e.V.)

Vorname	<input type="text"/>
Name	<input type="text"/>
Titel	<input type="text"/>
Adresse privat (optional)	<input type="text"/>
Klinik/Institut/Abteilung	<input type="text"/>
Telefon	<input type="text"/>
Fax	<input type="text"/>
Email	<input type="text"/>
Meine Kontaktdaten dürfen auf einer Mitgliederliste im mitgliederöffentlichen Bereich der Webseite hinterlegt werden ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	
Ich erkläre mich einverstanden, dass der Jahresbeitrag von 20,00 Euro von der Konsensusgruppe KgKS eingezogen wird ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	
Bankverbindung	
Konto-Nr.	<input type="text"/>
BLZ	<input type="text"/>
Name der Bank	<input type="text"/>
Datum	Unterschrift
<input type="text"/>	<input type="text"/>