

**BamR e. V.**  
Marburger Straße 2  
10789 Berlin

Tel.: 030 859946-252  
Fax: 030 859946-100  
Mail: post@bamr.de

## ANTRAG AUF MITGLIEDSCHAFT

Ich beantrage die Mitgliedschaft im BamR Bundesverband ambulanter medizinischer Rehabilitationseinrichtungen e.V.

**Firma/Institution** .....

**Name, Vorname (Geschäftsführer)** .....

**Name, Vorname (Vertreter)** .....

- Zulassung**
- Deutsche Rentenversicherung Bund
  - Deutsche Rentenversicherung Land
  - § 40 SGB V nach BAR
  - § 111c SGB V
  - § 21 SGB IX

Zur Erstellung eines vollständigen Mitgliederverzeichnisses erbitten wir die folgenden Angaben:

**Straße, Nr.** .....

**PLZ, Ort** .....

**Telefon** .....

**Fax** .....

**E-Mail** .....

**Homepage** .....

.....  
Datum und Unterschrift/ Stempel