

Stempel des Antragstellers

BamR e.V.
Kurfürstendamm 11
10719 Berlin

Fax: 030 300149-3150
Mail: post@bamr.de

Antrag auf Mitgliedschaft

Ich beantrage die Mitgliedschaft im Bundesverband ambulanter medizinischer Rehabilitationszentren (BamR) e.V.

ordentliche Mitgliedschaft

Fördermitgliedschaft

Vorliegende Zulassungen

§§ 40 bzw. 111c SGB V (GKV)

§ 21 SGB IX (DRV Bund oder Land)

Firma

Name, Vorname (Geschäftsführer)

Name, Vorname (Vertreter)

Straße Nr.

PLZ Ort

Telefon

Fax

E-Mail

Homepage

.....
Datum

.....
Unterschrift