

**KOMPLEMENTÄRE KREBSTHERAPIE & PATIENTENRECHTE e.V.**

---

Alaunstr. 41  
01099 Dresden  
Telefon : 0351 – 3190749

**MITGLIEDSANTRAG**

---

Name, Vorname :  
Geburtsdatum :  
Beruf / Tätigkeit :  
Strasse :  
PLZ / Ort :  
Telefon :  
Fax :  
E- Mail :

Beantragt in Kenntnis der Satzung die Aufnahme in den Verein  
KOMPLEMENTÄRE KREBSTHERAPIE & PATIENTENRECHTE e.V.  
die Mitgliedschaft wird wirksam durch den Beschluss des Vorstandes / der  
Mitgliederversammlung ab Beginn des auf den Antrag folgenden Monats.

Ort, Datum :

Unterschrift :

---

Der Vorstand hat obigen Antrag am  
zugestimmt / nicht zugestimmt. Der Vorstand informiert auf der nächsten  
Mitgliederversammlung die Mitglieder des Vereins über seinen Beschluss.

Dresden, den.....

.....  
Unterschrift Vorstand

.....  
Unterschrift Vorstand