

Aufnahmeantrag

_____ Name	_____ Vorname
_____ Titel	_____ geb. am
_____ Privatadresse/Straße	_____ PLZ, Ort

Anschrift beruflich:

_____ Praxis / Klinik	
_____ Abteilung	
_____ Straße	_____ PLZ, Ort
_____ Telefon	_____ E-Mail
* = Urkunde in Kopie beiliegend	
_____ Approbation am*	
_____ Facharzt für*	_____ Facharzt für*
_____ Teilgebietsbezeichnung*	

Koloproktologischer Qualifikationsnachweis:

_____ Zusatzbezeichnung Proktologie am*	_____ Grundkurs am
_____ Sonstiger Qualifikationsnachweis*	

Satzung und Beitragsordnung habe ich zustimmend zur Kenntnis genommen

_____ Ort, Datum	_____ Stempel und Unterschrift des Antragstellers
---------------------	--

Erklärung der Bürgen

Die nachstehend aufgeführten Bürgen befürworten die Aufnahme des Antragstellers

_____ Bürge 1	_____ Bürge 2
_____ Stempel / Unterschrift	_____ Stempel / Unterschrift

Hinweis: Zur Erfüllung unserer gesetzlichen Informationspflichten lesen Sie bitte die **Datenschutzerklärung** unter:
<https://www.coloproktologen.de/impressum.html>