

CKM-Cirkel e.V.
Brandhoveweg 104
48167 Münster



Anmeldung

Ja, ich möchte Mitglied des CKM-Cirkel, Verein zur Förderung der Organisations- und Führungskompetenz in Institutionen des Gesundheitswesens e. V. werden.

Name: Vorname:
Geburtsdatum:

Beruflich

Position:
Firma:
Abteilung:
Adresse:
.....
Tel.:
Fax:
Mobil:
E-Mail:

Privat

Adresse:
.....
Tel.:
Fax:
Mobil:
E-Mail:

<u>Rechnungsanschrift:</u>	
<input type="checkbox"/> beruflich	<input type="checkbox"/> privat
<u>Zeitungsversand an die</u>	
<input type="checkbox"/> berufliche	<input type="checkbox"/> private Adresse

Die Mitgliedsbeiträge staffeln sich wie folgt:

Persönliche Mitgliedschaft

Bitte kreuzen Sie die gewünschte Form der Mitgliedschaft an

Studenten, Auszubildende	mind. 50,- €	<input type="radio"/>
Sonstige natürliche Personen	mind. 150,- €	<input type="radio"/>

Firmenmitgliedschaft

Krankenhäuser, Reha-Kliniken etc.	mind. 250,- €	<input type="radio"/>
Sonstige juristische Personen	mind. 350,- €	<input type="radio"/>

Vereinskonto: Volksbank Münster, IBAN: DE14 4016 0050 2720 7191 00, BIC: GENODEM1MSC
Der Verein dient gemeinnützigen Zwecken.

Datum: Unterschrift:

Noch ein paar Informationen zu Ihren Erwartungen und Interessen:

Haben Sie besondere fachliche Interessen?

Bitte legen Sie Ihrer
Anmeldung ein
aktuelles Passfoto
für die Erstellung
unseres
Mitgliederverzeichnisses
bei!



Ideen / Anregungen / Wünsche an den CKM-Cirkel:

Ich wäre bereit, mich im Rahmen der CKM-Cirkel Veranstaltungen als Referent oder Moderator zu engagieren.

- Nein
 Ja, und zwar vornehmlich in den folgenden Bereichen:

.....
.....
.....

Publikation des Cirkel-Mitgliederverzeichnisses

- Ich bin mit der Veröffentlichung meiner persönlichen Daten (s. Vorderseite) im Rahmen eines Cirkel-Mitgliederverzeichnisses einverstanden.
- Ich bin mit der Veröffentlichung meiner persönlichen Daten (s. Vorderseite) im Rahmen eines Cirkel-Mitgliederverzeichnisses nur unter Berücksichtigung folgender Einschränkungen einverstanden:

Datum: Unterschrift: