



**Medizinische Gesellschaft**  
Bad Homburg v.d.H. e.V.

## **ANTRAGSFORMULAR**

### **AUF MITGLIEDSCHAFT IN DIE MEDIZINISCHE GESELLSCHAFT BAD HOMBURG E.V. ALS FÖRDERMITGLIED**

Hiermit beantrage ich die Mitgliedschaft als Fördermitglied in der Medizinischen Gesellschaft Bad Homburg e.V.:

Name, Vorname \_\_\_\_\_

Straße, Hausnummer \_\_\_\_\_

Postleitzahl, Ort \_\_\_\_\_

Telefon \_\_\_\_\_

e-mail \_\_\_\_\_

Ich bin damit einverstanden, alle Einladungen und aktuellen Informationen per e-mail zu erhalten.

akad. Ausbildung \_\_\_\_\_

Beruf \_\_\_\_\_

Institution/Firma/juristische Person \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Datum, Ort

\_\_\_\_\_  
Stempel, Unterschrift

Der Jahresbeitrag beträgt **50 €**, für juristische Personen **500 €**.

Bitte senden an: **Dr. C. Zekorn, Taubenweg 2, 61348 Bad Homburg oder per**  
Mail an: **buero@medizinische-gesellschaft-bad-homburg.de**

#### **Medizinische Gesellschaft**

1. Vorsitzender: Dr. C. Zekorn, 2. Vorsitzender: PD Dr. Dr. J. Höer, Schatzmeister: Dr. Till Martin, Schriftführer: Dr. M. Schmidt,  
Beisitzer: Apotheker C. Burggraf; Bankverbindung: Taunussparkasse Bad Homburg, IBAN: DE81 5125 0000 0001 0503 54