

Absender:

An den
Landesverband der Privatkliniken
Mecklenburg – Vorpommern
c/o MediClin Müritz-Klinikum GmbH
Weinbergstr. 19
17192 Waren (Müritz)



Datum: _____

Mitgliedschaft im Landesverband der Privatkliniken Mecklenburg–Vorpommern

Hiermit beantrage ich die Mitgliedschaft

- als ordentliches Mitglied *)
 als außerordentliches Mitglied *)

im Verband der Privatkliniken Mecklenburg–Vorpommern für die o. g. Klinik mit insgesamt

_____ Betten

** zum nächstmöglichen Zeitpunkt.

- Unterschrift/Stempel -

*) Zutreffendes bitte ankreuzen

**)
Mitgliedsbeitrag € 10,00 pro Bett
Aufnahmegebühr € 255,00 (einmalig)