

Anmeldeformular für die Mitgliedschaft bei SoCareNet

Name Ansprechpartner	
Position/Abteilung	
Organisation	
Straße	
PLZ, Ort	
Land	
Telefon	
Email	
Fax	
Homepage	

Die Mitgliedschaft kann jederzeit zum Jahresende gekündigt werden.

Mit diesem Formular bestätigte ich den Antrag auf Mitgliedschaft, sowie die Bereitschaft aktiv das Netzwerk mit zu gestalten. Ebenso akzeptiere ich hiermit den jährlichen Mitgliederbeitrag zu bezahlen.

Datum, Ort

Unterschrift