



Interessenverband
kommunaler
Krankenhäuser e.V.

Mitgliedsantrag

Hiermit beantrage ich die Mitgliedschaft

im Verein **Interessenverband kommunaler Krankenhäuser e.V.**

Krankenhaus/Klinikum: _____

Straße: _____

PLZ: _____ Ort: _____

Land: _____

Fon: _____ Fax: _____

Email: _____ www.: _____

Zahl der Plan – Betten: _____

Datum: _____

Unterschrift: _____ Stempel:

Das Formular bitte per Post schicken an:

**IVKK-Hauptstadtbüro
Schiffbauerdamm 8
10117 Berlin**

Fax Vorab: 030.40054101