



## Mitgliedsantrag

Hiermit beantrage ich die Mitgliedschaft in der QLM.

-----  
Titel, Name, Vorname, Geburtstag

-----  
Straße, PLZ, Wohnort

-----  
Mailadresse, Telefonnummer

Ich bin Arzt / Tierarzt / Zahnarzt / Apotheker(in)

-----  
Datum, Unterschrift

Bitte an mich als Vorstand senden: Prof. Dr. med. Walter Köster, Burnitzstrasse 69, 60596 Frankfurt, bitte mit Staatsexamens- oder Approbationsurkunde in Kopie. Ich/Wir freuen uns über Ihre Mitgliedschaft! Mailen Sie uns bei allen Fragen! Freundliche Grüße, Walter Köster.