

Regionales Kooperatives
Rheumazentrum Niedersachsen e.V.
z. Hd. Frau Dr. Hoeper
Karl-Wiechert-Allee 3

Fax-Nr.: 0511/532-6401

30625 Hannover

Anschriftenerfassung

Für unsere Mitgliederdatei und für die Übermittlung von Einladungen, Protokollen und anderen Informationen benötigen wir Ihre persönlichen Angaben. Bitte teilen Sie uns dazu Ihre vollständige dienstliche und private Anschrift, Ihre Telefon- und Fax-Nummer sowie Ihre E-Mail-Adresse mit.

1. Dienstliche Anschrift

Name, Vorname: _____

Institution: _____

Straße: _____

PLZ, Ort: _____

Telefon: _____ Fax: _____

e-mail: _____

2. Private Anschrift

Name, Vorname: _____

Straße: _____

PLZ, Ort: _____

Telefon: _____ Fax: _____

e-mail: _____

- Ich bevorzuge es, die Mitteilungen des Rheumazentrums per e-mail zu erhalten.
- an meine dienstliche mail-Adresse an meine private mail-Adresse
- Ich bevorzuge es, die Mitteilungen des Rheumazentrums per Post zugeschickt zu bekommen.
- an meine dienstliche Anschrift an meine private Anschrift