

# ANTRAG AUF MITGLIEDSCHAFT

Hiermit stelle ich den Antrag auf ordentliche Mitgliedschaft / Fördermitgliedschaft in der  
Ostdeutschen Arbeitsgemeinschaft Suchtmedizin e.V.

---

Titel: \_\_\_\_\_

Name: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_ Beruf: \_\_\_\_\_

Straße: \_\_\_\_\_ Ort: \_\_\_\_\_ PLZ: \_\_\_\_\_

Tel.: \_\_\_\_\_ Fax: \_\_\_\_\_ E-mail: \_\_\_\_\_

Ort: \_\_\_\_\_ Datum: \_\_\_\_\_ Unterschrift: \_\_\_\_\_

**Bitte übermitteln Sie uns das Antragsformular per Fax an (0345) 77 48 235 oder per Post an:**

Ostdeutsche Arbeitsgemeinschaft Suchtmedizin (OAGS) e.V.

c/o Praxis DM Peter Jeschke

Wilhelm-von-Klewiz-Straße 11 • 06132 Halle (Saale)