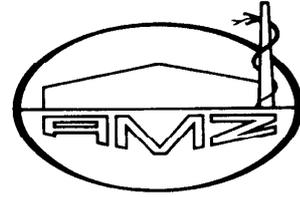


.....  
(Firma)

.....  
(Datum)

Arbeitsmedizinisches Zentrum  
für den Kreis Olpe e. V.  
Postfach 11 40  
57441 Olpe



—

Gemäß § 3 der Satzung des Arbeitsmedizinischen Zentrums für den Kreis Olpe e. V. stellen wir hiermit den Antrag auf Erwerb der Mitgliedschaft beim Arbeitsmedizinischen Zentrum für den Kreis Olpe e. V.

Mit der Stellung des Aufnahmeantrages wird die Satzung rechtswirksam anerkannt.

Angaben über unsere Firma ergeben sich aus beiliegendem Firmenfragebogen.

.....  
(Unterschrift)