

Deutscher Berufsverband  
der Hals-Nasen-Ohrenärzte e. V.  
Bundesgeschäftsstelle  
Haart 221

24539 Neumünster

**Antrag auf beitragsfreie Mitgliedschaft  
Eidesstattliche Versicherung**

Ich bitte um die Einstufung als außerordentliches beitragsfreies Mitglied, da ich mich seit dem

\_\_ . \_\_ . \_\_ . \_\_ . \_\_ . \_\_ .  
T T M M J J J J

in der Weiterbildung zur HNO-Fachärztin/zum HNO-Facharzt befinde.

Voraussichtliche Facharztprüfung \_\_ . \_\_ . \_\_ .  
M M J J

Name:.....

Anschrift:.....

(bitte in Druckbuchstaben)

.....  
(Datum/Unterschrift)