



**Antrag auf Mitgliedschaft  
bei der Regionalen Arbeitsgemeinschaft für Gesundheit (RAG)  
im Landkreis Ludwigsburg**

Ich/Wir möchte/n in die Regionale Arbeitsgemeinschaft für Gesundheit im Landkreis Ludwigsburg (RAG) aufgenommen werden.

Der Name, die Adresse und Kontaktperson werden im Folgenden angegeben.

Der Kooperationsvereinbarung und den Aufnahmekriterien stimme/n ich/wir zu.  
Die Mitgliedschaft ist laut § 4 (3) beitragsfrei.

**BITTE IN DRUCKBUCHSTABEN AUSFÜLLEN!**

**Name, Bezeichnung der Organisation, Behörde etc.:**

---

**Name der Kontaktperson:**

---

**Adresse und Telefonnummer und E-Mail  
der der Kontaktperson:**

---

---

---

---

---

**Datum, Unterschrift**