

Antrag auf Mitgliedschaft in der DÄGAK

Name: _____

Vorname: _____

Titel: Dr. med. Dr. med. dent. D.O. D.C. M.Chiro M.Sc (Chiro) B.Sc (Chiro)Berufsgruppe: Arzt Zahnarzt Physiotherapeut HP Andere:

Facharzt für: _____

Zusatzbezeichnungen: _____

(der Ärzte- und Zahnärztekammern: z. B. Chirotherapie, Akupunktur etc.; bitte Nachweise einreichen)

Zusatzqualifizierungen: _____

(z. B. Osteopathie, Hypnose, Manuelle Therapie; bitte Nachweise einreichen)

Therapie Schwerpunkte: _____

(z.B. Ernährungstherapie, Kraniosakraltherapie etc.; bitte Nachweise einreichen)

Straße / Haus-Nr.: _____

PLZ / Ort: _____

Land: _____

E-Mail-Adresse: _____

Internet-Adresse (URL): _____

Telefon: _____

Fax: _____

Mobil-Nr.: _____

BANKVERBINDUNG · Kreditinstitut: _____

IBAN (maximal 35 Stellen): _____

BIC (8 oder 11 Stellen): _____

 Erlaubnis zur Abbuchung des Mitgliedsbeitrags
(auf Widerruf)

Der Mitgliedsbeitrag in der DÄGAK beträgt für Ärzte und Zahnärzte (Mitglieder) pro Jahr Euro 110.-
Der Mitgliedsbeitrag für Assoziierte Mitglieder, Fördernde Mitglieder und Studentische Mitglieder Euro 85.-
Die Zahlung erfolgt aus Gründen der Vereinfachung der Verwaltung **ausschließlich per Einzugsermächtigung**.
Bei Eintritt ab 01.11. des Jahres gilt der Mitgliedsbeitrag auch für das folgende Jahr als bezahlt.

Meine Approbations- bzw. amtliche Berufsurkunde füge ich dem Antrag bei.

Ort / Datum: _____

Unterschrift: _____

Mit meiner Unterschrift willige ich ein, dass meine Daten an die AK-Seminarveranstalter weitergegeben werden.
Eine Weitergabe zu kommerziellen Zwecken findet nicht statt.