DÄGAK

AK in Deutschland

per FAX an: 0049 89 159 61 61
oder per E-Mail an: pak@daegak.de

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: _____

Deutsche Ärztegesellschaft für Applied Kinesiology · Nederlinger Str. 35 · 80638 München · Tel. 089 159 59 51 · Fax 089 159 61 61 · www.daegak.de · pak@daegak.de
Konto 0004360702 · Deutsche Apotheker- und Ärztebank · BLZ 30060601 · IBAN DE32 3006 0601 0004 3607 02 · BIC (Swiftcode) DAAEDEDD