

Antrag auf Mitgliedschaft im Berufsverband Deutscher Akupunktur-Ärzte und -Ärztinnen

Antragsteller/-in:

Name: _____ Vorname: _____ Akademischer Titel: _____

Anschrift; Strasse: _____ Nr.: _____

Wohnort: _____ PLZ: _____

Ich stelle den Antrag auf Mitgliedschaft im Berufsverband Deutscher Akupunktur-Ärzte und -Ärztinnen.

Einwilligung zum Bankeinzug:

Ich willige ein, dass der Jahresbeitrag in der Höhe von 50 € von meinem unten genannten Konto abgebucht werden kann.

Bank: _____

BLZ: _____

Konto-Nummer: _____

Ich versichere, dass die oben genannten Angaben der Wahrheit entsprechen und ich den Antrag für mich selbst stelle.

Datum: _____

Ort: _____

Unterschrift: _____