



Beitrittserklärung

Ich erkläre hiermit meinen Beitritt in die Deutsche Akademie für Mikrotherapie e.V. zum

Name: Vorname: männlich weiblich

Titel: Geb.-Datum:

Privatanschrift:

Straße: PLZ: Ort:

E-Mail: Telefon:

Mobil: Fax:

Dienstanschrift:

Klinik/Praxis/Büro:

Straße: PLZ: Ort:

E-Mail: Telefon:

Mobil: Fax:

Anschrift für Sendungen: Privatanschrift Dienstanschrift

Ort, Datum:..... Unterschrift.....

Berufliche Position

Arzt Fachgebiet:.....

Nichtärztliche Mitglieder ggf. Institution.....

Einzugsermächtigung

Ich ermächtige die Deutsche Akademie für Mikrotherapie, den Jahresbeitrag in Höhe von 30,00 € von meinem Konto einzuziehen:

(Diese Ermächtigung gilt bis auf schriftlichen Widerruf)

Bank: BIC: _____

IBAN: DE ____ | ____ | ____ | ____ | ____ | ____

Ort, Datum:..... Unterschrift.....

Antrag auf Mitgliedschaft bitte per Post oder per Fax zurücksenden an:

Deutsche Akademie für Mikrotherapie e.V., Leipziger Str. 44, 39120 Magdeburg

Koordination: Annika Kral

info@dafmt.de • www.dafmt.de • Telefon: +49 (0)391 671 55 61 • Fax: +49 (0)391 671 3383