



**Ärztegesellschaft für Naturheilverfahren  
(Physiotherapie) Berlin-Brandenburg e.V.**

c/o Immanuel-Krankenhaus  
Königstraße 63  
14109 Berlin

## Mitgliedsantrag

- Ich bin **Ärztin/Arzt** und beantrage die Mitgliedschaft in der **ÄN** (derzeit 40,- €) jährlich.
- Ich bin Medizinstudent und bitte um kostenlose **ÄN**-Info-Zusendung.  
Eine aktuelle Studienbescheinigung lege ich jetzt und in Zukunft einmal jährlich vor.

Titel:	
Vorname Name:	
Fachgebiet:	
Straße:	
PLZ, Ort:	
Tel.:	
E-Mail:	
ggf: Praxis-Homepage:	

\_\_\_\_\_ Datum

\_\_\_\_\_ Unterschrift

Bitte nutzen Sie die Möglichkeit, den Mitgliedsbeitrag bequem von Ihrem Konto abbuchen zu lassen.  
Nutzen Sie bitte dafür das Formular auf der Rückseite. —>

**Konto:**

IBAN: DE41300606011403638308  
BIC: DAAEDEDXXX  
Deutsche Apotheker- und Ärztebank Berlin

[www.aerztegesellschaft-naturheilverfahren.de](http://www.aerztegesellschaft-naturheilverfahren.de)  
[kontakt@aerztegesellschaft-naturheilverfahren.de](mailto:kontakt@aerztegesellschaft-naturheilverfahren.de)

# SEPA-Basislastschrift (SEPA direct debit core)

## Ärztegesellschaft für Naturheilverfahren (Physiotherapie) Berlin-Brandenburg e.V.

c/o Immanuel-Krankenhaus Königstraße 63 14109 Berlin

Gläubiger-Identifikationsnummer

Mandatsreferenz \_\_\_\_\_ (wird von uns ausgefüllt)

### SEPA-Lastschriftmandat

Ich ermächtige **Ärztegesellschaft für Naturheilverfahren**, Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift

einziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von der **Ärztegesellschaft für Naturheilverfahren** auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

**Hinweis:** Ich kann innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Es gelten dabei die mit meinem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

\_\_\_\_\_  
Vorname und Name (Kontoinhaber)

\_\_\_\_\_  
Straße und Hausnummer

\_\_\_\_\_  
Postleitzahl und Ort

\_\_\_\_\_  
Kreditinstitut (Name und BIC) -----

D E \_ \_ | \_ \_ \_ \_ | \_ \_ \_ \_ | \_ \_ \_ \_ | \_ \_ \_ \_ | \_ \_ \_ \_  
IBAN

\_\_\_\_\_  
Datum, Ort und Unterschrift des Zahlungspflichtigen

#### Konto:

IBAN: DE41300606011403638308

BIC: DAAEDEDXXX

Deutsche Apotheker- und Ärztebank Berlin

[www.aerztegesellschaft-naturheilverfahren.de](http://www.aerztegesellschaft-naturheilverfahren.de)

[kontakt@aerztegesellschaft-naturheilverfahren.de](mailto:kontakt@aerztegesellschaft-naturheilverfahren.de)