



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

c/o Immanuel-Krankenhaus
z.Hd. Dr. Ursula Hackermeier
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

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