



ÄRZTEVEREINIGUNG FÜR MANUELLE MEDIZIN
ÄRZTESEMINAR BERLIN (ÄMM) e.V.

Berliner Akademie für Osteopathische Medizin (BAOM)
Deutsche Gesellschaft für Manuelle Medizin (DGMM)

Absender:

Ärzteseminar Berlin ÄMM e.V.
Sekretariat
Wilhelmine-Gemberg-Weg 6
10179 Berlin

Hiermit bitte ich um die **Aufnahme als Mitglied in die Ärzteseminar Berlin (ÄMM) e.V.**

Name, Vorname: _____ geb. am: _____

Privatanschrift: _____

Titel: _____ (Fach-) Arzt für: _____

Praxis/Klinikanschrift: _____

Tel. dienstlich: _____ Tel. privat: _____

Mobiltelefon: _____ E-Mail: _____

Fax: _____ Bundesland: _____

Die manualmedizinische Ausbildung habe ich mit Prüfung am _____
abgeschlossen.

Mit der Veröffentlichung der in diesem Aufnahmeantrag erfassten Daten in einem Mitgliederverzeichnis (ohne Geburtsdatum und Telefon privat) bin ich einverstanden. Die Satzung der Ärzteseminar Berlin Manuelle Medizin habe ich erhalten.

Datum: _____ Unterschrift: _____

Ärztseminar Berlin ÄMM e.V.
Sekretariat
Wilhelmine-Gemberg-Weg 6
10179 Berlin

Erteilung eines SEPA - Lastschriftmandats

Unsere Gläubiger-Identifikationsnummer DE 77 AMM 00 00 060 88 10

Ihre Mandatsreferenznummer

Ich ermächtige die Ärztevereinigung für Manuelle Medizin ÄMM e.V. von meinem Konto mittels Lastschriftverfahren den Mitgliedsbeitrag einzuziehen.
Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von der ÄMM 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.

Kontoinhaber

Straße und Hausnummer

Postleitzahl und Ort

Kreditinstitut (Name und BIC)

IBAN DE __/____/____/____/____/__

Wenn mein Konto die erforderliche Deckung nicht aufweist, besteht seitens des Geldinstitutes keine Verpflichtung zur Einlösung. **Die Veränderung meiner Bankverbindung zeige ich an.**

Datum: _____ Unterschrift: _____