

Aufnahmeantrag

Klinik Blankenstein
Abteilung für Naturheilkunde
PD Dr. A. - M. Beer, M.Sc.
Im Vogelsang 5-11

45527 Hattingen



Titel, Name _____

Vorname _____

Geb. am _____

Tätigkeit/Funktion: Direktor Oberarzt
 Leitender Arzt/Chefarzt Assistent
 Niedergelassener Arzt AIP
 Facharzt f. Gynäk. u. Geburtshilfe Facharzt f. _____

Mitgliedsbeitrag: z. Zt. Jährlich € 15,00

Dienstanschrift _____

Tel.-Nr. _____ Fax-Nr. _____

Privatanschrift _____

Tel.-Nr. _____ Fax-Nr. _____

Ich bitte um Aufnahme als Mitglied der Arbeitsgemeinschaft Balneologie, Physiotherapie, Rehabilitation und Akupunktur in der Frauenheilkunde e.V.

Datum, Unterschrift _____

Bei Nichtteilnahme am Bankeinzugsverfahren werden aufgrund zusätzlicher Bearbeitungsgebühren Sonderkosten von € 15,00 berechnet.

Ermächtigung zum Bankeinzugsverfahren

Konto-Nr. _____ BLZ _____ Bank _____

Ich ermächtige den Schatzmeister der Arbeitsgemeinschaft Balneologie, Physiotherapie, Rehabilitation und Akupunktur in der Frauenheilkunde e.V., die von mir zu entrichtenden Beitragszahlung bis auf Widerruf bei Fälligkeit zu Lasten meines Kontos einzuziehen.

Mit der Speicherung, Verarbeitung und Übermittlung dieser Daten gem. BDSG im Rahmen der satzungsmäßigen Aufgaben der DGGG bin ich einverstanden.

Datum, Unterschrift _____