

Antrag zur Mitgliedschaft

Name:	.....	Vorname:	.....
Titel:	.....	Geburtsdatum:	.....
PLZ:	.....	Wohnort:	.....
Strasse/Nr.:	.....	
Telefon:	.....	Mobil:	.....
E-Mail:	.....	Fax:	.....
Beruf:	.....	Fachbereich:	.....
Niedergelassen seit:	.....	Tätigkeit in Klinik/Krankenhaus seit:	.....
Ich behandle seit:	.....	Mit folgendem Gerät:	.....
Name der Bank:	.....	
BLZ:	.....	Konto-Nr.:	.....
IBAN:	.....	BIC/SWIFT:	.....

Hiermit beantrage ich die Aufnahme in die Deutschsprachige Internationale Gesellschaft für Extrakorporale Magnetotransduktions-Therapie (DIGEMTT e. V.). Ich bin einverstanden, dass die DIGEMTT e. V. einen einmaligen Aufnahmebeitrag in Höhe von 100,- EUR sowie die von der Mitgliederversammlung beschlossenen jährlichen Mitgliedsbeiträge (z. Zt. 90,- EUR) von meinem Konto abbucht. Mitglieder, welche nicht am Abbuchungsverfahren teilnehmen (Rechnungsempfänger), bezahlen wegen des erhöhten Aufwandes einen Jahresbeitrag von 110,- EUR.

Die Kündigungsfrist beträgt 3 Monate zum Jahresende.

Ort:	.....	Datum:	.....
Stempel:		Unterschrift:	.....