

AeDA-Geschäftsstelle
Blumenstraße 14
63303 Dreieich

Telefon: 06103/62273
Telefax: 06103/697019
E-mail: raab@aeda.de

Hiermit bitte ich um Aufnahme in den Ärzteverband Deutscher Allergologen e.V. (AeDA):

Titel, Name Vorname.....

Arzt für Geburtsdatum.....

Tätig als.....

Bitte Anschrift für Postversand ankreuzen.

Anschrift Dienst

Institution

Straße / PLZ, Ort

Telefon Telefax..... E-Mail.....

Homepage

Anschrift Privat

Straße / PLZ, Ort

Telefon Telefax E-Mail

Zusatzbezeichnung „Allergologie“ seit Mitglied in der DGAKI

Mitgliedschaft in der EAACI erwünscht (nur € 30 Jahresbeitrag für AeDA-Mitglieder)

Der jährliche Mitgliedsbeitrag incl. Bezug des Allergo Journals (8x/Jahr) beträgt € 265

Ausnahmen incl. Bezug des Allergo Journals (8x/Jahr) (Nachweis erbeten):

- Nicht liquidationsberechtigte Ärzte zahlen € 135**
- Beitragsfrei sind Mitglieder vor, in oder nach Praxisneugründung für 4 Jahre**
- Beitragsfrei sind Juniormitglieder bis zum 36. Geburtstag**

Einzugsermächtigung: Hiermit ermächtige ich den Ärzteverband Deutscher Allergologen e.V. widerruflich, die von mir einmal jährlich zu entrichtende Beitragszahlung künftig bei Fälligkeit abzubuchen, erstmalig für das

Jahr 202..... € 265 bzw. € 135

Kontoinhaber **Geldinstitut**

IBAN **BIC.....**

mit der Veröffentlichung meiner Dienstadresse, Telefon- und Fax-Nummer sowie der E-Mail-Adresse in der „Doktorsuchmaschine“ der AeDA-Homepage (www.aeda.de) bin ich einverstanden.

Datum

Stempel / Unterschrift