

**www.aeda.de**

**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.....

**Anschrift Dienst**

Institution.....

Straße / PLZ, Ort.....

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

Homepage.....

**Anschrift Privat**

Straße / PLZ, Ort.....

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

Genehmigung zur Führung der Zusatzbezeichnung „Allergologie“ seit.....

Mitglied in der DGAKI

mit der Veröffentlichung meiner Dienstadresse, Telefon- und Fax-Nummer sowie der E-mail-Adresse in der „Doktorsuchmaschine“ der ÄDA-Homepage bin ich einverstanden.

**Der jährliche Mitgliedsbeitrag einschließlich Bezug des Allergo Journals beträgt € 265.**

**Ausnahmen:**

**Nicht liquidationsberechtigte Ärzte zahlen € 135 einschließlich Allergo Journal (Nachweis erbeten).**

**Vom Mitgliedsbeitrag incl. Bezug des Allergo Journals befreit sind (Nachweis erbeten):**  
**a) Juniormitglieder bis 35 Jahre (36. Geburtstag).**  
**b) Mitglieder mit neugegründeter Praxis für 2 Jahre.**

**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 201.....  € 265 bzw.  € 135

**Kontoinhaber ..... Geldinstitut .....**

**IBAN ..... BIC.....**

Datum

Stempel / Unterschrift