

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

Der jährliche Mitgliedsbeitrag einschließlich Bezug des Allergo Journals beträgt €265

Ausnahmen (Nachweis erbeten):

Nicht liquidationsberechtigte Ärzte zahlen €135 (Allergo Journal als Printversion)

Vom Mitgliedsbeitrag befreit sind Juniormitglieder bis 35 Jahre
(Allergo Journal als e-version)

Vom Mitgliedsbeitrag befreit sind Mitglieder nach Praxisneugründung für 4 Jahre
(Allergo Journal als e-version)

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**.....

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