

www.aeda.de

AeDA-Geschäftsstelle
Blumenstraße 14
63303 Dreieich

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

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

Titel, NameVorname.....

Arzt fürGeburtsdatum.....

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

Konto-Nummer BLZ Geldinstitut

IBAN BIC.....

Datum

Stempel / Unterschrift