

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 einschl. Bezug des Allergo Journals (8Hefte/Jahr) beträgt € 265.

Ausnahmen (Nachweis erbeten):

- Nicht liquidationsberechtigte Ärzte zahlen € 135 (Allergo Journal als Printversion)**
- Vom Mitgliedsbeitrag befreit sind Mitglieder in oder nach Praxisgründung für 4 Jahre (Allergo Journal als Printversion)**
- Vom Mitgliedsbeitrag befreit sind Juniormitglieder bis 35 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