

Mitgliedsantrag

Hiermit beantrage ich als Mitglied in den gemeinnützigen e.V. „Deutsche Akademie für Integrative Medizin“ DAfIM e.V. - aufgenommen zu werden und erkenne die Satzung (unter www.dafim.info) sowie nachstehende Aufnahmebedingungen an.

Name, ggf. Titel
Vorname
Arzt- Fachrichtung / Apotheker/In / PTA / Heilpraktiker/in / sonstiges
Anschrift
Telefon
e-Mail

☐ Ich möchte regelmäßig per E-Mail über Fortbildungen, Veranstaltungen und Neuigkeiten der Deutschen Akademie für Integrative Medizin e.V. informiert werden. Diese Einwilligung kann ich jederzeit widerrufen.

Der Mitgliedsbeitrag beträgt *für natürliche Personen mindestens jährlich 100,00 €* und ist jeweils im Voraus bis zum 15.03. des Jahres, auf das Konto des Vereins durch Erteilung einer Einzugs-ermächtigung zu entrichten. **30,00 € des entrichteten Beitrags können auf einen Kurs oder ein Seminar angerechnet werden. – Dieses gilt für Fach- oder Laienveranstaltungen.**

Hiermit ermächtige ich Sie widerruflich, die von mir zu zahlenden Beiträge an die „Deutsche Akademie für Integrative Medizin“ DAfIM e.V. zu Lasten meines/unseres Kontos durch Einzugsbeleg einzuziehen.

Kontoinhaber

Kreditinstitut

BIC

IBAN

Diese Einzugsermächtigung behält solange Gültigkeit, bis ich/wir sie gegenüber der „Deutsche Akademie für Integrative Medizin“ DAfIM e.V. und meinem/unserem Geldinstitut widerrufen.

.....
Ort/Datum

.....
Unterschrift