



**An die Geschäftsstelle der IMGEAV**

Völkstr. 36, 86150 Augsburg

Tel.: 0821 20919145, Fax: 0821 517428

Hiermit beantrage ich die Mitgliedschaft in der Internationalen Medizinischen Gesellschaft für Elektroakupunktur nach Voll e. V.

Name \_\_\_\_\_ Vorname \_\_\_\_\_ Geb.-Datum \_\_\_\_\_

PLZ/Wohnort \_\_\_\_\_ Straße \_\_\_\_\_

Tel.-Nr. \_\_\_\_\_ Fax-Nr. \_\_\_\_\_ Bundesland \_\_\_\_\_

e-Mail \_\_\_\_\_ Homepage \_\_\_\_\_

Ärztin/Arzt  Zahnärztin/Zahnarzt

Fachgebietsbezeichnung \_\_\_\_\_ Zusatzbezeichnung \_\_\_\_\_ Praxisstempel \_\_\_\_\_

Stimmen Sie der Weitergabe Ihrer Praxis-Kontakt Daten über [www.eav.de](http://www.eav.de) sowie unser gedrucktes Mitgliederverzeichnis an Patienten zu?

ja  nein

Bitte senden Sie uns, falls gewünscht, ein Portraitfoto und Ihr Praxislogo für Ihr Profil auf der EAV-Website zu.

Wir freuen uns auf Sie als neues Mitglied. Die Mitgliedschaft wird gültig, sobald der Vorstand dem Aufnahmeantrag zugestimmt hat und der Mitgliedsbeitrag bei der EAV-Gesellschaft eingegangen ist. Die Mitgliedschaft besteht nach der Neuaufnahme mindestens zwei Jahre. Die Kündigungsfrist umfasst sechs Monate zum Jahresende. Sie muss schriftlich beim Schatzmeister der Gesellschaft eingegangen sein.

**SEPA Lastschriftmandat**

Um den Verwaltungsaufwand möglichst gering zu halten, ermächtige ich die IMGEAV widerruflich, meine Jahresmitgliedsbeiträge von 400 € von meinem Konto abzubuchen. Im Beitrittsjahr und den zwei Folgejahren beträgt der Mitgliedsbeitrag nur 200 €.

Kontoinhaber \_\_\_\_\_ Bank \_\_\_\_\_

IBAN \_\_\_\_\_

Die Beiträge werden jeweils zu Beginn des Geschäftsjahres fällig. Sie erhalten zuvor jeweils die Beitragsrechnung für Ihre Unterlagen.

Ort, Datum \_\_\_\_\_ Unterschrift \_\_\_\_\_

A U F N A H M E A N T R A G