

Mitgliedsantrag

Anrede/Titel

Name

Vorname

Geb. am

Anschrift (Länderkennzeichen, Postleitzahl, Ort, Straße)

Telefon (mit Vorwahl)

Fax (mit Vorwahl)

E-Mail @

besondere Fachgebiete oder Qualifikationen

Ich arbeite zurzeit

☐ selbständig in freier Praxis

☐ in der Klinik

☐ Angestellter in einer Praxis

☐ in der Universität

☐ Student

Ich möchte

☐ ordentliches Mitglied

☐ förderndes Mitglied werden

Über die Annahme der Mitgliedschaft entscheidet der Vorstand durch schriftliche Mitteilung.

Der Jahresbeitrag beträgt für alle Mitglieder €75,00 pro Jahr.

Den Jahresbeitrag werde ich

-per beigefügter Einzugsermächtigung begleichen

☐

-per Überweisung auf Deutsche Apotheker und Ärztebank,

☐

IBAN DE67 3006 0601 0006 9297 96 BIC

DAAEDEDXXX bezahlen.

Ort/Datum

Stempel

Unterschrift

Bitte senden Sie den Antrag an die Geschäftsstelle der IÄfP Hauptstr. 75a, D-55481 Kirchberg

Geschäftsführender Vorstand:

Dr. med. Sabine Fischer (Präsidentin) - Dr. med. Helmut Sauer (1.Vizepräsident) - Dr. med. Franciscus Herbosch (2.Vizepräsident) -
Dr. med. Eike Heinicke (Schatzmeister) – Dr. med. Susanne Ehmer (Schriftführerin)