

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 €120,00 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)