



BEITRITTSERKLÄRUNG

Praxisadresse oder Stempel:

An das Sekretariat der
Initiative für Medizin ohne
Nebenwirkungen e. V.
Marsopstr. 27 A
81245 München

Hiermit trete ich der Initiative für Medizin ohne Nebenwirkungen e.V. (Gemeinnützigkeit anerkannt) und dem IMON-Berufsverband e.V. , dem direkten und unmittelbaren Schwesterverein, als Mitglied bei.

Mitgliedsbeitrag der IMON und IMON-Berufsverband für 2015

- | | |
|--|---------------------|
| 1. Normale Mitgliedschaft | EURO 120,- jährlich |
| 2. Doppelte Mitgliedschaft (Mitglieder der DAA und angeschlossener Gesellschaften.) | EURO 90,- jährlich |

Ich bezahle den jeweils gültigen Jahresmitgliedsbeitrag auf das Konto der Initiative für Medizin ohne Nebenwirkungen e.V. bei der Deutschen Apotheker- und Ärztebank München, IBAN: DE92 3006 0601 0301 2797 26 - BIC: DAAEDEDXXX (pro Kalenderjahr).

Hiermit beauftrage ich widerruflich die Initiative für Medizin ohne Nebenwirkungen, den Jahresbeitrag von meinem Konto einzuziehen.

– bitte Druckbuchstaben –

IBAN _____ BIC _____

in _____ Bank

Die Satzung ist mir bekannt. Die Kündigung der Mitgliedschaft ist mit einer Frist von drei Monaten zum Ende eines Kalenderjahres möglich.

Ich bin niedergelassen tätig als _____ oder angestellt

als _____ im _____ Fachrichtung _____

Name _____ Vorname _____ Titel _____

Anschrift (privat) _____

_____ Geb. Datum _____

Tel. _____ Fax _____ E-Mail _____

Datum _____ Unterschrift _____