

# DIE PLATTFORM

ÄRZTEPLATTFORM ORTHOMOLEKULARMEDIZIN

## ANTRAG auf Mitgliedschaft in der Ärzteplattform OrthomolekularMedizin

Titel/Name: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_

Fachrichtung/Therapieschwerpunkt: \_\_\_\_\_

PLZ/Ort: \_\_\_\_\_ Land: \_\_\_\_\_

Straße/Haus-Nr.: \_\_\_\_\_

Tel.: \_\_\_\_\_ Fax: \_\_\_\_\_ Mobil-Nr: \_\_\_\_\_

E-mail: \_\_\_\_\_

Homepage: \_\_\_\_\_

**Der Mitgliedsbeitrag beträgt EUR 120,00/Jahr** und ist per Einzugsermächtigung bzw. innerhalb der ersten 4 Wochen des Geschäftsjahres fällig. Die Mitgliedschaft ist jederzeit schriftlich kündbar. Ich erkläre mich einverstanden, dass meine Daten per EDV erfasst, bearbeitet werden und stimme der Weitergabe bei Patientenanfragen, bzw. an Kooperationspartner zu. Die Zeitschrift für orthomolekulare Medizin kann zum Vorzugspreis von € 34,80 als Mitglied beim Haug Verlag abonniert werden.

**Datum:** \_\_\_\_\_ **Unterschrift:** \_\_\_\_\_

Für die Mitgliedschaft in der Plattform ist die Erteilung einer Einzugsermächtigung notwendig, dies erspart uns Verwaltungskosten und Büroarbeit - Bitte haben Sie dafür Verständnis!

### ERMÄCHTIGUNG ZUR ABBUCHUNG DES MITGLIEDSBEITRAGES FAX: +43 (0)4262/29107 • office@dieplattform.info

Hiermit ermächtige ich die Plattform (APÖM) widerruflich, den von mir zu entrichtenden Jahresbeitrag für die Mitgliedschaft in der Plattform bei Fälligkeit zu Lasten meines Kontos einzuziehen:

Creditor-ID: **AT24ZZZ00000041311**

Mandatsreferenznummer: \_\_\_\_\_ (wird von der Plattform vergeben).

Kreditinstitut/Kontoinhaber: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

IBAN (maximal 35 Stellen)

\_\_\_\_\_

ÖÄK-Arztnummer: \_\_\_\_\_

BIC (8 oder 11 Stellen)

**Datum:** \_\_\_\_\_ **Unterschrift:** \_\_\_\_\_