Ärzteplattform
Orthomolekulare Medizin

**ANTRAG auf Mitgliedschaft**
in der Ärzteplattform Orthomolekulare Medizin

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 als Mitglied zum Vorzugspreis von € 41,10 beim Georg Thieme Verlag abonniert werden.

**Datum:** _____ **Unterschrift:** _____

Für die Mitgliedschaft in der Ärzteplattform Orthomolekulare Medizin 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 Ärzteplattform Orthomolekulare Medizin (APÖM) widerruflich, den von mir zu entrichtenden Jahresbeitrag für die Mitgliedschaft in der Ärzteplattform Orthomolekulare Medizin bei Fälligkeit zu Lasten meines Kontos einzuziehen:

Creditor-ID: **AT24ZZZ00000041311**

Mandatsreferenznummer: _____ (wird intern vergeben)

Kreditinstitut/Kontoinhaber: _____

IBAN (maximal 35 Stellen)

ÖÄK-Arztnummer: _____

BIC (8 oder 11 Stellen)

**Datum:** _____ **Unterschrift:** _____