Ärzteplattform

ANTRAG auf Mitgliedschaft in der Ärzteplattform

Titel/Name: _____ Vorname: _____

Fachrichtung/Therapieschwerpunkt: _____

ÖÄK-Arztnummer: _____

PLZ/Ort: _____ Land: _____

Straße/Haus-Nr.: _____

Tel.: _____ 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 beim Georg Thieme Verlag abonniert werden und ein Buch über Ernährung, Mayr Medizin oder Allergien im Wert von € 17,90 erhalten Sie kostenlos.

Datum: _____ **Unterschrift:** _____

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

Creditor-ID: **AT24ZZZ00000041311**

Mandatsreferenznummer: _____ (wird intern vergeben)

Kreditinstitut/Kontoinhaber: _____

IBAN (maximal 35 Stellen)

BIC (8 oder 11 Stellen)

Datum: _____ **Unterschrift:** _____