IGKMed Internationale Gesellschaft für Komplementärmedizin e. V.
Charitéstraße 4 * D-10117 Berlin * Telefon: 030 280 45 374 * E-mail: info@igkmed.org

An die Internationale Gesellschaft
für Komplementärmedizin e.V.
z. Hd. Herrn Prof. Dr. K. P. Bader
Charitéstraße 4
D-10117 Berlin

Aufnahmeantrag in die Internationale Gesellschaft für Komplementärmedizin (IGKMed)

Unter Anerkennung der Satzung beantrage ich hiermit meine Aufnahme in die Internationale Gesellschaft für Komplementärmedizin e.V. (IGKMed).

Familienname* .....
Vorname* .....
Titel / Abschlussgrad* .....
Abgeschlossene Ausbildung * .....
Straße* .....
PLZ, Ort* .....
Geburtsdatum .....
Telefon / e-mail .....
Schwerpunkt(e) .....
Datum* ..... Unterschrift* ….....

Der Jahresbeitrag beträgt derzeit 96,00 Euro

Der jeweils gültige Mitgliedsbeitrag kann bei Fälligkeit und unter Vorbehalt abgebucht werden von
Girokonto:* BLZ:* Name der Bank:*

Datum* ..... Unterschrift* .....

Ich beantrage die Mitgliedschaft mit 50 % Familienrabatt

- als Ehe-/Lebenspartner von .....
- Tochter/Sohn von .....

*Felder mit * bitte unbedingt ausfüllen.*