

# Deutsche Gesellschaft für Ganzheitsmedizin (e.V.) - Aufnahmeantrag zur Mitgliedschaft -

Hiermit beantrage ich die Aufnahme in die Deutsche Gesellschaft für Ganzheitsmedizin (e.V.).

## Antragsteller:

Name: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_ Beruf: \_\_\_\_\_

Straße: \_\_\_\_\_ Hausnr.: \_\_\_\_\_

PLZ: \_\_\_\_\_ Ort: \_\_\_\_\_

e-Mail: \_\_\_\_\_ Telefon: \_\_\_\_\_

Ist aus Ihrer Familie schon jemand Vereinsmitglied?

Nein  Ja, und zwar: \_\_\_\_\_

Der Jahresbeitrag beläuft sich auf (Stand 01.01.2009):

- Erwachsene 35,79 Euro / Jahr

- Schüler, Studenten, Auszubildende, Wehr- und Zivildienstleistende 25,56 Euro / Jahr

- Familien 71,58 Euro / Jahr

Der Beitragszeitraum ist das jeweilige Kalenderjahr. Wenn Sie mit dem Einzug der Vereinsbeiträge im Lastschriftverfahren einverstanden sind, erteilen Sie uns bitte die Einzugsermächtigung durch Angabe Ihrer Bankverbindung:

Kontoinhaber: \_\_\_\_\_

Kontonummer: \_\_\_\_\_ Bankleitzahl: \_\_\_\_\_

Kreditinstitut: \_\_\_\_\_

Andernfalls überweisen Sie bitte nach Aufnahme den Jahresbeitrag sofort und dann jeweils bis zum 15. Januar jedes weiteren Jahres.

Der Austritt ist zum Ende eines jeden Kalenderjahres möglich. Die Mitgliedschaft erlischt durch schriftliche Austrittserklärung an den Vorstand, spätestens jeweils zwei Monate vor Jahresende.

\_\_\_\_\_  
Datum                      Unterschrift

*Bitte Unterschrift nicht vergessen!*

Bitte füllen Sie dieses Formular elektronisch oder handschriftlich aus und senden es dann ausgedruckt und unterschrieben per Fax oder Post an:

Deutsche Gesellschaft für Ganzheitsmedizin e.V.  
Schulweg 1  
29690 Grethem

Fax: +49 5164 - 9 18 19