



# Antrag auf Mitgliedschaft

An die  
AG ADHS e.V.  
Merowinger Str. 10a  
91301 Forchheim

E-Mail: [info@ag-adhs.de](mailto:info@ag-adhs.de)  
Fax: 040 360 350 13

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

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_ Straße: \_\_\_\_\_

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

Telefon: \_\_\_\_\_ Fax: \_\_\_\_\_

E-Mail: \_\_\_\_\_ Website: \_\_\_\_\_

Ich bin Arzt/Ärztin

Tätig in:  Praxis  Klinik  öffentl. Gesundheitsdienst  Sonst.: \_\_\_\_\_

Institutionsadresse (Klinik, Gesundheitsamt, sonst.): \_\_\_\_\_

Arbeitsbereich:  ADHS Diagnostik und Therapie bei Kindern und Jugendlichen  
 ADHS Diagnostik und Therapie bei Erwachsenen

Fachrichtung: \_\_\_\_\_

Ich möchte Mitglied werden und die Interessen der AG unterstützen.

Ich stimme der Veröffentlichung meiner Kontaktdaten auf der öffentlich zugänglichen Internetseite ([www.ag-adhs.de](http://www.ag-adhs.de) > Ärzteliste) der AG zu.

Datum \_\_\_\_\_ Stempel, Unterschrift \_\_\_\_\_

Die Mitgliedschaft wird wirksam durch Bestätigungsmitteilung des Vorstands an den Antragsteller.

---

## LASTSCHRIFTMANDAT

Ich bin einverstanden, dass der jährliche Mitgliedsbeitrag von 80,00 € von meinem Konto abgebucht wird.

IBAN: \_\_\_\_\_ bei der Bank \_\_\_\_\_

BIC: \_\_\_\_\_

Ort, Datum \_\_\_\_\_ Unterschrift \_\_\_\_\_

Sie haben das Recht, die gegebene Einwilligung jederzeit zu widerrufen, wobei dann die bis zum Widerruf erfolgte Vereinbarung rechtmäßig bleibt.