



Antrag auf Mitgliedschaft

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

E-Mail: info@ag-adhs.de

Name: _____ Vorname: _____ Titel _____

Geburtsdatum: _____

Adresse privat:

Straße: _____ PLZ: _____ Ort: _____

Telefon: _____ E-Mail: _____

Ich bin Arzt/Ärztin Therapeut/Therapeutin; Pädagoge/Pädagogin; sonst.

Fachrichtung: _____

Tätig in: Praxis Klinik Sonst.: _____

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

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

Adresse dienstlich (mit E-Mail / Webseite / Telef.) _____

Ich möchte Mitglied werden und die Interessen der AG unterstützen.
Bei nicht-ärztlicher Tätigkeit greift die Fördermitgliedschaft (Kein aktives und passives Wahlrecht)

Ich möchte aktiv mitarbeiten.

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: _____

BIC: _____ bei der Bank _____

Ort, Datum _____ Unterschrift _____

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