

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

E-Mail: [info@ag-adhs.de](mailto: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/oder  Therapie bei Kindern und Jugendlichen  
 ADHS Diagnostik und/oder  Therapie bei Erwachsenen

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