

Antrag auf Mitgliedschaft

An die
AG ADHS e. V.
Postfach 500128

22701 Hamburg

Email: info@ag-adhs.de
FAX: 040 3891 5588

Name: _____ Vorname: _____ Titel: _____

Strasse: _____ Geburtsdatum: _____

PLZ: _____ Ort: _____ Bundesland: _____

Telefon: _____ Fax: _____ E-Mail: _____

Als Arzt _____ tätig in:

Praxis Klinik öffentlicher Gesundheitsdienst Sonst.: _____

Institutionsadresse (Klinik, Gesundheitsamt, sonst.): _____

Ich nehme an einem ADHS – Qualitätszirkel teil: ja / nein

Ich moderiere einen ADHS – Qualitätszirkel: ja / nein

Ich möchte mich an der AG ADHS e.V. beteiligen:

- als Mitglied
- in aktiver Mitarbeit
- als Moderator für Seminare zu ADHS

Ich möchte Mitglied werden und bin mit den Regeln der Zusammenarbeit entsprechend den Festlegungen in der Vereinssatzung der AG ADHS e.V. einverstanden.

Mit der Veröffentlichung meiner Adresse in der Mitgliederliste im geschlossenen Bereich der Internetseite der AG ADHS bin ich einverstanden.

Datum

Stempel

Unterschrift

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

Ich bin einverstanden, dass der Mitgliedsbeitrag von 80,00 EUR von meinem

IBAN: _____ bei der Bank _____

BIC : _____ abgebucht wird.

Ort, Datum: _____ Unterschrift: _____

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