

Internationale Gesellschaft für Schmerz- und Triggerpunktmedizin IGTM e.V.

Geschäftsstelle: Roswitha Berweiler, Eicher Str. 4, 53819 Neunkirchen,
Tel. 02247-9001363

Ich beantrage die Aufnahme in die IGTM als:

- ordentliches Mitglied
- Fördermitglied

| | | | |
|--|------------------|----------------------|--------------------|
| Nachname: | Vorname: | Titel: | Geb.-Datum: |
| Privatanschrift: | | | |
| Straße: | PLZ: | Ort: | |
| Telefon: | Telefax: | Mobiltelefon: | |
| Dienstliche Anschrift: | | | |
| Praxis/Klinik/Institut/Firma: | | | |
| Abteilung: | Position: | | |
| Straße: | PLZ: | Ort: | |
| Telefon: | Telefax: | Mobiltelefon: | |
| E-Mail-Adresse: | @ | | |
| Beruf: | | | |
| Wie haben Sie von uns erfahren? | | | |

Mitgliedsbeiträge, Jahresbeitrag:

| | |
|--|----------|
| Selbständige Ärzte, Chefärzte, Oberärzte | € 300.00 |
| AIP. Studenten auf Nachweis | € 60.00 |
| Angestellte Therapeuten | € 60.00 |
| Assistenzärzte auf Nachweis | € 200.00 |
| Selbständige Therapeuten | € 200.00 |
| Fördermitglieder mindestens | € 50.00 |

Ich akzeptiere die Satzung der IGTM und die Datenschutzerklärung in der aktuellen Version.

SEPA-Mandaterteilung: Ich bin einverstanden damit, dass mein Jahresbeitrag in Höhe von: _____ für dieses Jahr gleich nach der Aufnahme in die IGTM und in den Folgejahren satzungsgemäß von meinem Konto bei der _____ BIC _____ **IBAN:** _____ per Lastschrift abgebucht wird. Gläubiger-ID: DE49ZZZ00000019166

() Gleichzeitig erkenne ich die DSGVO-Ergänzung zur Beitrittserklärung ausdrücklich an:

Ort: _____ **Datum:** _____ **Unterschrift:** _____

Bitte senden Sie diesen Antrag ausgefüllt und unterschrieben an die Geschäftsstelle der IGTM