

Mitteldeutscher Landesverband für
Physikalische und Rehabilitative Medizin e.V.
c/o Sophien- und Hufeland-Klinikum
Zentrum für Physikalische und Rehabilitative Medizin
Frau Dorit Geist
Henry-van-de-Velde-Str. 2
99425 Weimar

Mail: info@mlvprm.de

Aufnahmeantrag

Hiermit beantrage ich die Aufnahme als ordentliches Mitglied in den Mitteldeutschen Landesverband für Physikalische und Rehabilitative Medizin e.V. Mit meiner Unterschrift erkläre ich mich einverstanden, dass unter Einhaltung des Datenschutzes mit mir schriftlich oder per Email Kontakt aufgenommen werden kann.

Titel:	<input type="text"/>	geb. am:	<input type="text"/>
Vorname:	<input type="text"/>	Nachname:	<input type="text"/>
Arzt/FA für:	<input type="text"/>		
Zusatzbezeichnungen:	<input type="text"/>		
„in Weiterbildung zu“:	<input type="text"/>		
Kliniker/Dienststellung:	<input type="text"/>		
Vertragsarzt als:	<input type="text"/>		
Angestellt: ja <input type="radio"/> nein <input type="radio"/>	Selbstständig: ja <input type="radio"/> nein <input type="radio"/>		
Tätigkeitsprofil:	<input type="text"/>		
	<input type="text"/>		

Dienstanschrift

Institution:	<input type="text"/>		
Abteilung:	<input type="text"/>		
Straße	<input type="text"/>	PLZ, Ort:	<input type="text"/>
Bundesland:	<input type="text"/>		
Tel.-Nr.:	<input type="text"/>	Fax.-Nr.:	<input type="text"/>
E-Mail:	<input type="text"/>		

Privatanschrift

Straße

PLZ, Ort:

Bundesland:

Tel.-Nr.:

Fax.-Nr.:

E-Mail:

Mitgliedsbeitrag/Jahr (bitte ankreuzen):

- Fachärzt*innen, angestellter, niedergelassener Ärzte: 150,00 €
- Weiterbildungsassistent*innen Fachärztin/Facharzt für PRM*: 75,00 €
- Mitglieder im BVPRM: 12,00 €
- Mitglieder im Rentenalter, Mitglieder ohne Erwerbstätigkeit*: beitragsfrei

* Bescheinigung erforderlich

Die Korrespondenz mit dem Verband soll erfolgen über: Privatanschrift Dienstanschrift

Datum

Unterschrift (Antragsteller*in)

Hiermit ermächtige/n ich/wir Sie widerruflich, die von mir/uns zu entrichtenden Mitgliedsbeiträge bei Fälligkeit zu Lasten meines/unseres Kontos mittels Lastschrift einzuziehen. Wenn mein/unser Konto die erforderliche Deckung nicht aufweist, besteht seitens des kontoführenden Geldinstituts keine Verpflichtung zur Einlösung. Teileinlösungen werden im Lastschriftverfahren nicht vorgenommen.

Bankverbindung

Geldinstitut:

IBAN:

BIC:

Kontoinhaber*in

(falls abweichend vom Antragsteller):

Datum

Unterschrift (Antragsteller*in)