



Deutsche Ärztegesellschaft für Ayurveda-Medizin e.V.
c/o Charité Hochschulambulanz für Naturheilkunde
am Immanuel Krankenhaus Berlin
Abteilung für Naturheilkunde
Königstr. 63
14109 Berlin
Telefon: 030 80505 614
Telefax: 030 80505 692
Website: www.daegam.de
Email: ayurveda.aerztegesellschaft@googlemail.com

Deutsche Ärztegesellschaft für Ayurveda-Medizin e.V.

- Mitgliedsantrag -

Name, Vorname	
Titel	
Geburtstag	
Anschrift darf auch als Postadresse verwendet werden	
Telefon	
E-Mail	
Website	

Datum und Stelle der Approbation	
Akademischer Grad - wo erworben	
Fachbereich	

Ausbildung im Ayurveda, wo, in welchem Umfang:	
Ausbildung in anderen Naturheilverfahren:	
<input type="checkbox"/> Hiermit beantrage ich die Mitgliedschaft in der DÄGAM e. V. (Mitgliedsbeitrag 90 € / Jahr)	
Doppelmitgliedschaft Zusätzlich beantrage ich die Mitgliedschaft im folgenden Verein <input type="checkbox"/> AFGIM – Akademische Fachgesellschaft Indische Medizin e. V. (zusätzlich 20 € / Jahr) <input type="checkbox"/> VEAT – Verband Europäischer Ayurveda-Mediziner und -Therapeuten e. V. (zusätzlich 50 € / Jahr) <input type="checkbox"/> DGA – Deutsche Gesellschaft für Ayurveda e. V. (zusätzlich 30 € / Jahr) Bestehende Mitgliedschaft Ich bin Mitglied des folgenden Vereins und beantrage die zusätzliche Mitgliedschaft in der DÄGAM e. V.: <input type="checkbox"/> AFGIM – Akademische Fachgesellschaft Indische Medizin e. V. (zusätzlich 20 € / Jahr zum AFGIM Jahresbeitrag) <input type="checkbox"/> VEAT – Verband Europäischer Ayurveda-Mediziner und -Therapeuten e. V. (zusätzlich 50 € / Jahr zum VEAT Jahresbeitrag) <input type="checkbox"/> DGA – Deutsche Gesellschaft für Ayurveda e. V. (zusätzlich 30 € / Jahr zum DGA Jahresbeitrag)	
Zahlungsweise <input type="checkbox"/> Der Mitgliedsbeitrag darf einmal jährlich* von meinem Konto eingezogen werden. Dazu schicke ich das beiliegende SEPA-Lastschriftmandat ausgefüllt mit. <input type="checkbox"/> Den Mitgliedsbeitrag überweise ich bis zum 31.1. des jeweiligen Jahres* mit dem Verwendungszweck „Mitgliedsbeitrag DÄGAM JJJJ“. auf folgendes Konto: DE60 3006 0601 0008 7668 27 BIC: DAAEDEDXXX <i>*Bei Beginn der Mitgliedschaft ist ein anteiliger Betrag je nach Eintrittsdatum zu zahlen.</i>	
Datenschutz <input type="checkbox"/> Ich bin damit einverstanden, dass folgende persönliche Daten: Name, Titel, Fachbereich, Postleitzahl, Ort (wie oben angegeben) und ggf. Website <input type="checkbox"/> auf www.dageam.de und/oder <input type="checkbox"/> auf Anfrage an PatientInnen weitergegeben werden dürfen. <input type="checkbox"/> Ich bin damit einverstanden, dass die DÄGAM mich über oben genannte E-Mail-Adresse und Anschrift mehrmals im Jahr über Vereinstätigkeiten informieren darf.	
Ort und Datum:	Unterschrift:

