



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](http://www.daegam.de)  
 Email: [ayurveda.aerztegesellschaft@googlemail.com](mailto: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"/> <b>Hiermit beantrage ich die Mitgliedschaft in der DÄGAM e. V. (Mitgliedsbeitrag 90 € / Jahr)</b>	
<b>Doppelmitgliedschaft</b> 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)	
<b>Zahlungsweise</b> <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 31.3. des jeweiligen Jahres* mit dem Verwendungszweck „Mitgliedsbeitrag DÄGAM JJJJ“. auf folgendes Konto: <b>DE16 3006 0601 0008 7668 27</b> <b>BIC: DAAEDEDXXX</b>  <i>*Bei Beginn der Mitgliedschaft ist ein anteiliger Betrag je nach Eintrittsdatum zu zahlen.</i>	
<b>Datenschutz</b> <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"/> <b>auf <a href="http://www.dageam.de">www.dageam.de</a></b> und/oder <input type="checkbox"/> <b>auf Anfrage an PatientInnen</b> 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:

## Erteilung einer Einzugsermächtigung und eines SEPA-Lastschriftmandats

Name und Anschrift des Zahlungsempfängers (Gläubiger)

Deutsche Ärztesgesellschaft für  
Ayurveda-Medizin e.V.  
c/o Charité Hochschulambulanz für  
Naturheilkunde am Immanuel Krankenhaus  
Königstr. 63  
14109 Berlin

Gläubiger-Identifikationsnummer (CI/Creditor Identifier)  
27/663/616137

### Wiederkehrende Zahlungen/Recurrent Payments

Name und Anschrift des Kontoinhabers

Mandatsreferenz

### Einzugsermächtigung

Ich/Wir ermächtige(n) Sie widerruflich, die von mir/uns zu entrichtenden Zahlungen bei Fälligkeit durch Lastschrift von meinem/ unserem Konto mit der

Kto.-Nr.  
Bitte SEPA-Lastschriftmandat mit IBAN ausfüllen

Bankleitzahl

genaue Bezeichnung des konföherenden Kreditinstituts

einziehen.

### SEPA-Lastschriftmandat

Ich/Wir ermächtige(n) Sie, Zahlungen von meinem/ unserem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise(n) ich/wir mein/ unser Kreditinstitut an, die von

[Name des Zahlungsempfängers]

auf mein/ unser Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

Hinweis: Ich kann/Wir können innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrags verlangen. Es gelten dabei die mit meinem/ unserem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

Kreditinstitut

BIC<sup>1</sup>

IBAN  
DE

Ort, Datum

Unterschrift

Vor dem Einzug einer SEPA-Basis-Lastschrift werden Sie mich/uns über den Einzug in dieser Verfahrensart unterrichten.

<sup>1</sup> Hinweis: Ab 01.02.2014 kann die Angabe des BIC entfallen, wenn die IBAN mit DE beginnt.