



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 -

Herr / Frau: [Name, Vorname]	
Geburtstag	
Anschrift - privat <input type="checkbox"/> diese als Postadresse verwenden	
Anschrift - dienstlich <input type="checkbox"/> diese als Postadresse verwenden	
Telefon <input type="checkbox"/> dienstlich <input type="checkbox"/> privat	
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 31.3. des jeweiligen Jahres* mit dem Verwendungszweck „Mitgliedsbeitrag DÄGAM JJJJ“. auf folgendes Konto: DE16 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 Angaben: Name, Titel, Fachbereich, Postleitzahl, Ort und ggf. Website <input type="checkbox"/> auf www.dageam.de <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:

Erteilung einer Einzugsermächtigung und eines SEPA-Lastschriftmandats

Name und Anschrift des Zahlungsempfängers (Gläubiger)

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

Gläubiger-Identifikationsnummer (CI/Creditor Identifier)

DE38ZZZ00002092933

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 ausfüllen

Bankleitzahl

-

genaue Bezeichnung des konfoführenden Kreditinstituts

-

einanzuziehen.

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

IBAN

DE

Ort, Datum

Unterschrift

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

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