

# Gesamtdeutsche Gesellschaft für Manuelle Medizin e.V. (GGMM)

Geschäftsstelle: Wismarsche Straße 43 - 45, 18057 Rostock, Tel.: 0381/1216103 Fax:  
0381/1216124

## Antrag auf Mitgliedschaft in der GGMM

Name: ..... Vorname:.....geb. am:.....

Titel: .....Beruf: .....Fachrichtung: .....

### Privatadresse:

Straße: .....PLZ/Ort: .....

Telefon: .....Telefax: .....

e- mail: .....homepage: .....

### Dienstadresse

Praxis .....  Klinik .....(Bitte Zutreffendes ankreuzen)

Straße: .....PLZ/Ort: .....

Telefon: .....Telefax: .....

e- mail: .....homepage: .....

Postsendungen an  Privatadresse  Dienstadresse

**Der Mitgliedsbeitrag beträgt 100 € / Kalenderjahr. Für Mitglieder der Deutschen Gesellschaft für Schmerztherapie e. V., der NAS und für exam. Physiotherapeuten beträgt der Mitgliedsbeitrag 50 € / Kalenderjahr. Die Teilnahme am Einzugsverfahren ist obligatorisch.**

Hiermit ermächtige ich Sie widerruflich, ab .....

den von mir zu entrichtenden Mitgliedsbeitrag bei Fälligkeit zu Lasten meines Kontos

Konto-Nummer ....., Bankleitzahl .....

bei der .....mittels Lastschrift einzuziehen.

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift

- Ich bin Mitglied in der Deutschen Gesellschaft für Schmerztherapie e. V.
- Ich interessiere mich für eine Mitgliedschaft in der Deutschen Gesellschaft für Schmerztherapie e. V. und bitte um Zusendung von Unterlagen.