

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 dermittels 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.