



ÄRZTEVERBAND DEUTSCHER ALLERGOLOGEN e.V.

Medical Association of German Allergologists
Association Médicale des Allergologues Allemands

ÄDA-Geschäftsstelle
Service Systems
Blumenstraße 14

63303 Dreieich

Aufnahmeantrag

Hiermit bitte ich um Aufnahme in den Ärzteverband Deutscher Allergologen e.V.

Name, Titel _____

Vorname _____ Geburtsdatum _____

Arzt für _____

Tätig als _____

Anschrift Dienst

Institution _____

Straße, PLZ/Ort _____

Telefon _____ Telefax _____

E-Mail _____

Anschrift Privat

Straße, PLZ/Ort _____

Telefon _____ Telefax _____

E-Mail _____

Genehmigung zur Führung der Zusatzbezeichnung „Allergologie“ seit _____

Mitglied in der DGAKI

Mit der Veröffentlichung meiner Dienstadresse, Telefon- und Fax-Nummer sowie der E-Mail-Adresse in der „Doktorsuchmaschine“ der ÄDA-Homepage bin ich einverstanden.

Einzugsermächtigung

Hiermit ermächtige ich den Ärzteverband Deutscher Allergologen e.V. widerruflich, die von mir einmal jährlich zu entrichtende Beitragszahlung in Höhe von € 70,- künftig bei Fälligkeit, erstmalig für das Jahr, abzubuchen.

Konto-Nummer _____ BLZ _____

Geldinstitut _____

Datum, Stempel/Unterschrift