FMD
Funktionelle
Myodiagnostik

ANTRAG auf Mitgliedschaft in der IMAK

Titel/Name: _____ Vorname: _____

Berufsgruppe: O Arzt O Zahnarzt O Physiotherapeut / Arztnummer: _____

Fachrichtung/Therapieschwerpunkt: _____

PLZ/Ort: _____ Land: _____

Straße/Haus-Nr.: _____

Tel.: _____ Fax: _____ Mobil-Nr: _____

E-mail: _____

Homepage: _____

Der Mitgliedsbeitrag beträgt für Ärzte € 130,00 und für Physiotherapeuten € 80,00/Jahr und ist per Einzugsermächtigung bzw. innerhalb der ersten 4 Wochen des Geschäftsjahres fällig. Die Mitgliedschaft ist jederzeit schriftlich kündbar. Ich erkläre mich einverstanden, dass meine Daten per EDV erfasst, bearbeitet werden und stimme der Weitergabe bei Patientenanfragen, bzw. an Kooperationspartner zu.
Leistungen: 3 Rundschreiben incl. 3 Ausgaben FMD-Journal, Büroservice, Kursermäßigung bei Refresher, Tagung, kostenlose Teilnahme am Prüfungskurs/Prüfung, Internetpräsenz für Diplominhaber.

Datum: _____ **Unterschrift:** _____

Für die Mitgliedschaft in der IMAK ist die Erteilung einer Einzugsermächtigung notwendig, dies erspart uns Verwaltungskosten und Büroarbeit - Bitte haben Sie dafür Verständnis!
Eine Kopie des Antrages erhalten Sie dem nächsten Rundschreiben beigelegt!

ERMÄCHTIGUNG ZUR ABBUCHUNG DES MITGLIEDSBEITRAGES

FAX: +43 (0)4262/29107 · office@fmd.co.at

Hiermit ermächtige ich die IMAK widerruflich, den von mir zu entrichtenden Jahresbeitrag für die Mitgliedschaft in der IMAK bei Fälligkeit zu Lasten meines Kontos einzuziehen:

Creditor-ID: **AT80ZZZ00000042825**

Mandatsreferenz: _____ (wird von der IMAK vergeben)

Kreditinstitut/Kontoinhaber: _____

_____

IBAN (maximal 35 Stellen)

_____

BIC (8 oder 11 Stellen)

□ Starterpaket erhalten

Datum: _____ **Unterschrift:** _____