FMD
Funktionelle Myodiagnostik

ANTRAG auf Mitgliedschaft in der Gesellschaft für Funktionelle Myodiagnostik

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 Ausgaben FMD-Journal pro Jahr, Starterpaket, Kursermäßigung bei Refresher, Tagung, kostenlose Teilnahme am Prüfungskurs/Prüfung, Internetpräsenz für Diplominhaber.
Kündigungsfrist jeweils zu Quartalsende.

Datum: _____ **Unterschrift:** _____

Für die Mitgliedschaft ist die Erteilung einer Einzugsermächtigung notwendig, dies erspart uns Verwaltungskosten und Büroarbeit - Bitte haben Sie dafür Verständnis!

ERMÄCHTIGUNG ZUR ABBUCHUNG DES MITGLIEDSBEITRAGES
office@fmd.co.at

Hiermit ermächtige ich die FMD-Gesellschaft für Funktionelle Myodiagnostik widerruflich, den von mir zu entrichtenden Jahresbeitrag für die Mitgliedschaft bei Fälligkeit zu Lasten meines Kontos einzuziehen:

Creditor-ID: **AT80ZZZ00000042825**

Mandatsreferenz: _____ (wird von der FMD-Gesellschaft vergeben)

Kreditinstitut/Kontoinhaber: _____

_____

IBAN (maximal 35 Stellen)

_____

☐ Starterpaket erhalten

BIC (8 oder 11 Stellen)

Datum: _____ **Unterschrift:** _____