



Antrag auf Mitgliedschaft

Hiermit beantrage ich die Aufnahme in die Akademie homöopathischer Ärzte Tübingen e. V. zum nächstmöglichen Zeitpunkt:

Persönliche Daten

Frau Herr

Anrede	Akad. Titel	Telefon	dienstlich
Name		privat	
Vorname		Fax	dienstlich
ggf. Funktion		privat	
Straße/Hausnummer		E-Mail	
PLZ/Ort		ggf. Website	

Mitarbeit

Ich habe Interesse an einer aktiven Mitarbeit in folgenden Bereichen und zu folgenden Themen:

Mitgliedsbeitrag

Den ersten Mitgliedsbeitrag von 50 Euro überweise ich nach Erhalt der Bestätigung meiner Mitgliedschaft auf das unten genannte Konto. In den darauf folgenden Jahren überweise ich den jährlichen Beitrag im jeweils ersten Kalendermonat.

Einwilligung zur Datenspeicherung

Mit einer Speicherung meiner Daten zum Zweck der Mitgliederverwaltung bin ich einverstanden. Meine E-Mail-Adresse darf anderen Mitgliedern bekannt gegeben werden. Eine Weitergabe von Daten an Personen außerhalb der Akademie homöopathischer Ärzte Tübingen e. V. bedarf meiner ausdrücklichen Zustimmung.

Ort, Datum

Unterschrift