



Deutscher Verband für Osteopathische Medizin e.V.

An den **DVOM e.V.**

Deutscher Verband für Osteopathische Medizin e.V.

Leibnizstr 7

72202 Nagold

AUFNAHMEANTRAG AN DEN DVOM E.V.

Ich bitte um Aufnahme in den **Deutschen Verband für Osteopathische Medizin e.V.** als

ordentliches Voll-Mitglied ordentliches Mitglied in Ausbildung förderndes Mitglied

Der Antrag wird vom Vorstand geprüft, die Aufnahme erfolgt unter Anerkennung der Satzung.

Titel, Vorname, Name:

Geburtsdatum:

Privatanschrift

Strasse/Nr.:

PLZ/Ort:

Phone:

Mobil:

E-Mail:

Dienstanschrift

Institution / Abteilung:

Strasse/Nr.:

PLZ/Ort:

Phone:

Fax:

E-Mail:

Berufsausbildung und beruflicher / akademischer Werdegang (bitte Nachweise beifügen):

bisherige Ausbildung in Osteopathischer Medizin (bitte Nachweise beifügen):

Mitgliedsbeitrag:

Die Mitgliederversammlung beschließt die Höhe des Beitrages.
Der Jahresbeitrag beträgt derzeit:

Für ordentliche Mitglieder:

voller Beitrag 240,00 €

ermäßigter Beitrag (während der ersten 5 Jahren der osteopathischen Ausbildung) 120,00 €

Für fördernde Mitglieder: (ohne Anspruch auf Fortbildungsförderung) 120,00 €

Bei Rechnungsstellung mit Einzelabrechnung (ohne Einzugsermächtigung)
erheben wir je Rechnung eine Bearbeitungsgebühr von 10,00 €

Ort und Datum

Unterschrift

Für Rückfragen wenden Sie sich bitte an die Geschäftsstelle des DVOM e.V. unter der
Rufnummer +49.7452.88 80 92 0 oder per Mail an: org@dvom.de

SEPA-Lastschriftmandat

Gläubiger-Identifikationsnummer: DE 62 ZZZ 000 1369 075

Mandatsreferenz: WIRD SEPARAT MITGETEILT

Ich ermächtige den **Deutschen Verband für Osteopathische Medizin (DVOM) e.V.**,
Zahlungen vom meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein
Kreditinstitut an, die vom DVOM e.V. auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

Hinweis: Ich kann innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die
Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Es gelten dabei die mit meinem Kreditinstitut
vereinbarten Bedingungen.

Name, Vorname (Kontoinhaber) _____

Straße und Hausnummer _____

PLZ und Ort _____

Kreditinstitut (Name und BIC) _____

IBAN DE ____ | ____ | ____ | ____ | ____ | ____

Ort und Datum

Unterschrift

Interne Vermerke:

Eingangdatum

Mitgliedsnummer

Aufnahmeantrag an den Deutschen Verband für Osteopathische Medizin e.V., Leibnizstr 7, 72202 Nagold