



## Deutscher Verband für Osteopathische Medizin e.V.

An den **DVOM**  
Deutscher Verband für  
Osteopathische Medizin e.V.  
Leibnizstrasse 7  
**72202 Nagold**

Leibnizstrasse 7  
72202 Nagold

Phone: +49.7452.88 80 92 0  
Fax: +49.7452.88 80 92 3

Mail: [org@dvom.de](mailto:org@dvom.de)  
Homepage: [dvom.de](http://dvom.de)

### AUFNAHMEANTRAG AN DEN DVOM E.V.

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

Die Aufnahme erfolgt unter Anerkennung der Satzung.

Titel, Vorname, Name:

Geburtsdatum:

#### Privatanschrift

Strasse/Nr.:

PLZ/Ort:

Phone:

Fax:

E-Mail:

#### Dienstanschrift

Institution / Abteilung:

Strasse/Nr.:

PLZ/Ort:

Phone:

Fax:

E-Mail:

---

Aufnahme

Interne Vermerke:

\_\_\_\_\_  
Eingangsdatum  
beruflicher / akademischer

\_\_\_\_\_  
Mitgliedsnummer

Werdegang:

Bisherige Ausbildung in  
Osteopathischer Medizin:

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: \_\_\_\_\_

Einzugsermächtigung:

Der **Deutsche Verband für Osteopathische Medizin (DVOM)** e.V. wird hiermit ermächtigt, den Jahresbeitrag zum Fälligkeitszeitpunkt von meinem Konto einzuziehen. Diese Einzugsermächtigung kann jederzeit schriftlich widerrufen werden.

IBAN: \_\_\_\_\_

BLZ:

Kreditinstitut:

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](mailto:org@dvom.de)