

Schmerztherapeuten NRW e.V.
Rene-Magritte-Promenade 11
50858 Köln
Tel: 0221-16894409
Fax: 0221-94389139
Mail: schmerztherapieNRW@web.de

Aufnahmeformular
Hiermit beantrage ich die Mitgliedschaft in
SchmerztherapeutenNRW e.V.:

Angaben zur Person:

Titel:

Vorname:

Nachname:

Geburtsdatum:

Facharztgruppe:

Zusatzbezeichnung:

Privatanschrift:

Straße, Nr.:

PLZ, Ort:

Telefon:

Praxisanschrift:

Straße, Nr.:

PLZ, Ort:

Telefon/Fax:

Kontakt mobil:

Kontakt E-Mail:

Den Jahresbeitrag von € 30,-- werde ich auf das Konto

272 783 600 bei der Volksbank Bocholt BLZ 428 600 03

IBAN DE23 4286 0003 0272 7836 00

BIC GENODEM1BOH

überweisen

Die Jahresbeiträge der Folgejahre überweise ich unaufgefordert jeweils im Januar,
bzw. habe ich eine Einzugsermächtigung erteilt.

Die Satzung des Vereins SchmerztherapeutenNRW e.V. erkenne ich an.

Ort, Datum

Unterschrift