



Antrag auf Mitgliedschaft

An die
AG ADHS e.V.
Merowinger Str. 10a

E-Mail: info@ag-adhs.de
Fax: 040 360 350 13

91301 Forchheim

Name: _____ Vorname: _____ Titel: _____

Geburtsdatum: _____ Strasse: _____

PLZ: _____ Ort: _____ Bundesland: _____

Telefon: _____ Fax: _____

E-Mail: _____ Website: _____

Tätig in: Praxis Klinik öffentlicher Gesundheitsdienst Sonst.: _____

Institutionsadresse (Klinik, Gesundheitsamt, sonst.): _____

Arbeitsbereich: ADHS Diagnostik und Therapie bei Kindern und Jugendlichen
 ADHS Diagnostik und Therapie bei Erwachsenen

Fachrichtung _____

Ich möchte mich an der AG ADHS e.V. beteiligen:

als Referent in aktiver Mitarbeit als Moderator für Seminare zu ADHS

Ich möchte Mitglied werden und bin mit den Regeln der Zusammenarbeit entsprechend den Festlegungen in der Vereinssatzung der AG ADHS e.V. einverstanden.

Ich möchte in der öffentlichen Liste auf der Website erscheinen

Datum _____ Stempel und Unterschrift _____

(Die Mitgliedschaft wird wirksam durch Bestätigungsmitteilung des Vorstands an den Antragsteller.)

LASTSCHRIFTMANDAT

Ich bin einverstanden, dass der jährliche Mitgliedsbeitrag von 80,00 EUR von meinem Konto abgebucht wird.

IBAN: _____ bei der Bank _____

BIC : _____

Ort, Datum: _____ Unterschrift _____

Sie haben das Recht, die gegebene Einwilligung jederzeit zu widerrufen, wobei dann die bis zum Widerruf erfolgte Vereinbarung rechtmäßig bleibt.