



Antrag auf Mitgliedschaft

An die
AG ADHS e.V.
Merowinger Str. 10a
91301 Forchheim

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

Name: _____ Vorname: _____ Titel _____

Geburtsdatum: _____ Straße: _____

PLZ: _____ Ort: _____ Bundesland: _____

Telefon: _____ Fax: _____

E-Mail: _____ Website: _____

Ich bin Arzt/Ärztin

Tätig in: Praxis Klinik öffentl. Gesundheitsdienst Sonst.: _____

Institutionsadresse (Klinik, Gesundheitsamt, sonst.): _____

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

Fachrichtung: _____

Ich möchte Mitglied werden und die Interessen der AG unterstützen.

Ich stimme der Veröffentlichung meiner Kontaktdaten auf der öffentlich zugänglichen Internetseite (www.ag-adhs.de > Ärzteliste) der AG zu.

Datum _____ Stempel, Unterschrift _____

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

LASTSCHRIFTMANDAT

Ich bin einverstanden, dass der jährliche Mitgliedsbeitrag von 80,00 € 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.