AeDA Ärzteverband Deutscher Allergologen e.V.

Geschäftsstelle
Berta-Cramer-Ring 30
65205 Wiesbaden

Telefon: **0611/950080-00**
Telefax: **0611/950080-90**
E-Mail: **info@aeda.de**

Hiermit bitte ich um Aufnahme in den Ärzteverband Deutscher Allergologen e.V. (AeDA):

Titel, Name ..... Vorname.....

Arzt für ..... Geburtsdatum.....

Tätig als (Position): ..... KV .....

Anschrift Dienst (Pflichtfeld):

Institution .....

Straße / PLZ, Ort .....

Telefon ..... Telefax..... E-Mail.....

Homepage .....

Falls die Korrespondenz und das AllergoJournal an die Privatadresse versandt werden soll, bitte wie folgt ausfüllen:

Anschrift Privat

Straße / PLZ, Ort .....

Telefon ..... Telefax ..... E-Mail .....

☐ Zusatzbezeichnung „Allergologie“ seit ..... ☐ Mitglied in der DGAKI

☐ Mitgliedschaft in der EAACI erwünscht (nur € 30 Jahresbeitrag für AeDA-Mitglieder)

Der jährliche Mitgliedsbeitrag incl. Bezug des Allergo Journals beträgt € 265

Ausnahmen incl. Bezug des Allergo Journals *(Nachweis erbeten)*:

☐ **Nicht liquidationsberechtigte Ärzte zahlen € 135**
☐ **Beitragsfrei sind Mitglieder vor, in oder nach Praxisneugründung für 4 Jahre**
☐ **Beitragsfrei sind Juniormitglieder bis zum 40. Geburtstag**

Einzugsermächtigung: Hiermit ermächtige ich den Ärzteverband Deutscher Allergologen e.V. widerruflich, die von mir einmal jährlich zu entrichtende Beitragszahlung künftig bei Fälligkeit abzubuchen, erstmalig für das

Jahr 202..... ☐ **€ 265 bzw.** ☐ **€ 135**

Kontoinhaber ..... **Geldinstitut** .....

IBAN ..... **BIC**.....

☐ mit der Veröffentlichung meiner Dienstadresse, Telefon- und Fax-Nummer sowie der E-Mail-Adresse in der „Doktorsuchmaschine“ der AeDA-Homepage (www.aeda.de) bin ich einverstanden.

Datum Stempel / Unterschrift