



Deutsche Gesellschaft für
Chirotherapie und Osteopathie e.V.

Deutsche Gesellschaft für
Chirotherapie und Osteopathie e.V.
Pienzenauerstraße 14
D-81679 München

Mitgliedsantrag

Hiermit erkläre ich meinen Beitritt zur Deutschen Gesellschaft für Chirotherapie und Osteopathie e. V. (DGCO). Der Mitgliedsbeitrag beträgt 80,00 Euro pro Jahr. Mit dem Lasteneinzugsverfahren bin ich einverstanden. Ich werde der DGCO jede Änderung meiner Anschrift oder Bankverbindung unverzüglich mitteilen.

Ort, Datum: _____ Unterschrift: _____

Deutsche Gesellschaft für Chirotherapie und Osteopathie e.V. – Pienzenauerstraße 14, 81679 München
Gläubiger-Identifikationsnummer DE17ZZZ00001274825 Mandatsreferenz DGCO1316

SEPA-Lastschriftmandat

Ich ermächtige die Deutsche Gesellschaft für Chirotherapie und Osteopathie – DGCO e.V., Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von der DGCO e.V. auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen. Hinweis: Ich kann innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Es gelten dabei die mit meinem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

Vorname und Name (Kontoinhaber)

Straße und Hausnummer

Postleitzahl und Ort

Kreditinstitut _____

BIC _____

IBAN D E -- | --- | --- | --- | --- | ---

Datum, Ort und Unterschrift



Mitglieder-Stammdatenblatt

PRIVATE DATEN

Mitgliedsnummer:

Titel:

Name:

Vorname:

Geburtsdatum:

Fachrichtung:

Zusatzbezeichnungen:

Strasse:

PLZ:

Ort:

Telefon:

Telefax:

Mobil:

E-Mail:

PRAXISDATEN

Niedergelassen:

NEIN

JA

Name:

Klinik:

NEIN

JA

Name:

Kassenpraxis:

Privatpraxis:

Anschrift:

Strasse:

PLZ:

Ort:

Telefon:

Telefax:

E-Mail:

Internetadresse:

Korrespondenzadresse:

Privat:

Praxis/Klinik:

Ihr Web-Auftritt auf den Internetseiten: www.dgco.de

Möchten Sie auf den Internet-Seiten dargestellt werden?

JA

NEIN

Wenn ja, bieten wir Ihnen folgende Maske an:

Praxis:

Titel:

Name:

Fachrichtung:

Zusatzbezeichnungen:

Kassenpraxis:

Privatpraxis:

Strasse:

PLZ:

Ort:

Telefon:

Telefax:

E-Mail:

Internetadresse:

Sonstiges:

_____, _____
Ort, Datum

Unterschrift