

# Aufnahmeantrag

Dem Fachverband beitreten können sowohl Ärzte persönlich als auch medizinische Institutionen als juristische Person. Tritt eine medizinische Institution dem Fachverband bei, muss ein Arzt namentlich als Ansprechpartner genannt werden.

Hiermit beantrage ich die Aufnahme in den Deutschen Fachverband Reisemedizin e.V. Mit dem Jahresbeitrag von EUR 60,- bin ich einverstanden. Der Jahresbeitrag soll von meinem Konto abgebucht werden.

Name/Institution \_\_\_\_\_

Stempel

Ansprechpartner: \_\_\_\_\_

Kontoinhaber \_\_\_\_\_

Kontonummer \_\_\_\_\_

BLZ \_\_\_\_\_ Bank \_\_\_\_\_

Datum \_\_\_\_\_ Unterschrift \_\_\_\_\_

Bitte ausdrucken und senden an:

**Deutscher Fachverband Reisemedizin e.V.**

Geschäftsstelle  
Hansaallee 321  
40549 Düsseldorf

oder als Fax an:

**0211 - 5202583**