

IG Med e.V.  
Königsallee 30  
40212 Düsseldorf  
Steuernummer:



Per Fax: 0961 39 16 15 99

Email: [vorstand@IG-Med.de](mailto:vorstand@IG-Med.de)

[www.IG-Med.de](http://www.IG-Med.de)

## INTERESSENGEMEINSCHAFT MEDIZIN E.V.

# ANTRAG AUF MITGLIEDSCHAFT

Titel: \_\_\_\_\_ Name : \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_

PLZ/Wohnort/Praxis: \_\_\_\_\_ Straße/Nr.: \_\_\_\_\_

Fachbezeichnung/Beruf : \_\_\_\_\_

Tel: \_\_\_\_\_ Fax: \_\_\_\_\_ E-Mail: \_\_\_\_\_

Ich erkläre meinen Beitritt zur IG Med e.V. und verpflichte mich mit meiner Unterschrift die Grundsätze und Ziele des Vereins anzuerkennen und zu unterstützen. Die Satzung der IG Med e.V. habe ich gelesen und verstanden. Siehe [www.ig-med.de](http://www.ig-med.de)

Ich erkläre, dass aktuell keine Interessenkollisionen bestehen.

Ich bin selbständig tätig als (Zutreffendes bitte ankreuzen)

- Kassenarzt
- Privatarzt
- Psychologischer Psychotherapeut
- Heilberufler \_\_\_\_\_ (Berufsbezeichnung bitte einfügen)
- Ich bin im Ruhestand und nicht mehr selbständig tätig
- Ich beantrage eine Fördermitgliedschaft

Ort/Datum/Unterschrift (Mitglied) \_\_\_\_\_

SEPA - Lastschriftermächtigung: Gläubiger- ID der IG Med e.V.: DE38ZZZ00002175383

IBAN \_\_\_\_\_

BIC \_\_\_\_\_

Bank \_\_\_\_\_

Kontoinhaber ( falls abweichend): \_\_\_\_\_

Ich ermächtige die IG Med e.V. widerruflich die zu entrichtenden Mitgliedsbeiträge von derzeit 60.- € per SEPA-Lastschrift einmal jährlich abzubuchen. Die Beitragsordnung ist unter [www.ig-med.de](http://www.ig-med.de) einzusehen

Ort/Datum/Unterschrift (Kontoinhaber) \_\_\_\_\_