



Deutschsprachige Internationale Gesellschaft für Extracorporale Stoßwellentherapie - DIGEST e.V.

DIGEST e.V., Kurfürstendamm 61, 10707 Berlin, Fax: 02104/170 185, E-Mail: Dr.Georg@Wille.de

Antrag auf Mitgliedschaft

Name:

Vorname:

Titel:

Geburtsdatum:

Straße:

Postleitzahl:

Wohnort:

**Telefon
dienstl.:**

Telefon privat:

E-Mail:

Fax:

Beruf:

Fachbereich:

**niedergelassen
seit:**

**Tätig in Klinik
/ Krankenhaus
seit:**

Behandle seit:

**mit folgendem
Gerät.:**

Bankverbindung

Bank:

BLZ:

Kto.-Nr.:

Hiermit beantrage ich die Aufnahme in die Deutschsprachige Internationale Gesellschaft für Extracorporale Stoßwellentherapie - DIGEST e.V. Ich bin einverstanden, daß die DIGEST e.V. einen einmaligen Aufnahmebeitrag in Höhe von 100.-- € sowie die von der Mitgliederversammlung beschlossenen jährlichen Mitgliedsbeiträge (z. Zt. 65.-- €) von meinem Konto abbucht. Die Kündigungsfrist beträgt 3 Monate zum Jahresende.

Ort:

Datum:

Stempel:

Unterschrift: