

AUFNAHMEANTRAG – NATÜRLICHE PERSON

Familiennamen	Vorname	Titel	Ggf. Name der Apotheke
---------------	---------	-------	------------------------

Geburtsdatum	Straße	PLZ & Ort	Land
--------------	--------	-----------	------

(Praxis-/Apotheken-/Klinikadresse – bei Studierenden und Rentnern Privatadresse)

Telefon	Fax	E-Mail-Adresse
---------	-----	----------------

Fachgebiete

Zusatzbezeichnungen

Interessengebiete & Tätigkeitsschwerpunkte

Für niedergelassene Ärzte

Kassenpraxis Privatpraxis

Mitgliedschaftswahl (siehe Beitragsordnung und Satzung)

ordentliches Mitglied (100 € jährlich)

studierendes/pensioniertes, ordentliches Mitglied (50 € jährlich)

außerordentliches Mitglied (75 € jährlich)

kooperatives Mitglied (250 € jährlich)

Fördermitglied natürliche Person (frei wählbarer Mitgliedbeitrag) _____ €

Mit diesem Antrag erkenne ich die Satzung der IGNK e.V. an. Der oben gewählte, jährliche Mitgliedsbeitrag...

...wird von mir überwiesen

...kann bei Fälligkeit und unter Vorbehalt abgebucht werden von:

IBAN

BIC

Name der Bank

Ort, Datum

Unterschrift