



ÄRZTEVEREINIGUNG FÜR MANUELLE MEDIZIN  
ÄRZTESEMINAR BERLIN (ÄMM) e.V.  
Berliner Akademie für Osteopathische Medizin (BAOM)  
Deutsche Gesellschaft für Manuelle Medizin (DGMM)

Absender:

Ärztseminar Berlin ÄMM e.V.  
Wilhelmine-Gemberg-Weg 6  
10179 Berlin

Hiermit bitte ich um die **Aufnahme als Mitglied in die Ärzteseminar Berlin (ÄMM) e.V.**

Name, Vorname: \_\_\_\_\_ geb. am: \_\_\_\_\_

Privatanschrift: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Titel: \_\_\_\_\_ (Fach-) Arzt für: \_\_\_\_\_

Praxis/Klinikanschrift: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Tel. dienstlich: \_\_\_\_\_ Tel. privat: \_\_\_\_\_

Mobiltelefon: \_\_\_\_\_ E-Mail: \_\_\_\_\_

Fax: \_\_\_\_\_ Bundesland: \_\_\_\_\_

Die manualmedizinische Ausbildung habe ich mit Prüfung am \_\_\_\_\_  
abgeschlossen.

Mit der Veröffentlichung der in diesem Aufnahmeantrag erfassten Daten in einem Mitgliederverzeichnis (ohne Geburtsdatum und Telefon privat) bin ich einverstanden. Die Satzung der Ärzteseminar Berlin Manuelle Medizin habe ich erhalten.

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

Ärztseminar Berlin ÄMM e.V.  
Wilhelmine-Gemberg-Weg 6  
10179 Berlin

### Erteilung eines SEPA - Lastschriftmandats

Unsere Gläubiger-Identifikationsnummer      DE 77 AMM 00 00 060 88 10

Ihre Mandatsreferenznummer

Ich ermächtige die Ärztevereinigung für Manuelle Medizin ÄMM e.V. von meinem Konto mittels Lastschriftverfahren den Mitgliedsbeitrag einzuziehen.  
Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von der ÄMM 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.

---

Kontoinhaber

---

Straße und Hausnummer

---

Postleitzahl und Ort

---

Kreditinstitut (Name und BIC)

IBAN                      DE \_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_

Wenn mein Konto die erforderliche Deckung nicht aufweist, besteht seitens des Geldinstitutes keine Verpflichtung zur Einlösung. **Die Veränderung meiner Bankverbindung zeige ich an.**

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