

# Internationale Gesellschaft für Schmerz- und Triggerpunktmedizin IGTM e.V.

Geschäftsstelle: Roswitha Berweiler, Eicher Str. 4, 53819 Neunkirchen,  
Tel. 02247-9001363

**Ich beantrage die Aufnahme in die IGTM als:**

- ordentliches Mitglied
- Fördermitglied

<b>Nachname:</b>	<b>Vorname:</b>	<b>Titel:</b>	<b>Geb.-Datum:</b>
<b>Privatanschrift:</b>			
<b>Straße:</b>	<b>PLZ:</b>	<b>Ort:</b>	
<b>Telefon:</b>	<b>Telefax:</b>	<b>Mobiltelefon:</b>	
<b>Dienstliche Anschrift:</b>			
<b>Praxis/Klinik/Institut/Firma:</b>			
<b>Abteilung:</b>	<b>Position:</b>		
<b>Straße:</b>	<b>PLZ:</b>	<b>Ort:</b>	
<b>Telefon:</b>	<b>Telefax:</b>	<b>Mobiltelefon:</b>	
<b>E-Mail-Adresse:</b>	<b>@</b>		
<b>Beruf:</b>			
<b>Wie haben Sie von uns erfahren?</b>			

## Mitgliedsbeiträge, Jahresbeitrag:

Selbständige Ärzte, Chefärzte, Oberärzte	€ 300.00
AIP. Studenten auf Nachweis	€ 60.00
Angestellte Therapeuten	€ 60.00
Assistenzärzte auf Nachweis	€ 200.00
Selbständige Therapeuten	€ 200.00
Fördermitglieder mindestens	€ 50.00

**Ich akzeptiere die Satzung der IGTM und die Datenschutzerklärung in der aktuellen Version.**

**SEPA-Mandaterteilung:** Ich bin einverstanden damit, dass mein Jahresbeitrag in Höhe von: \_\_\_\_\_ für dieses Jahr gleich nach der Aufnahme in die IGTM und in den Folgejahren satzungsgemäß von meinem Konto bei der \_\_\_\_\_ BIC \_\_\_\_\_ **IBAN:** \_\_\_\_\_ per Lastschrift abgebucht wird. Gläubiger-ID: DE49ZZZ00000019166

**( ) Gleichzeitig erkenne ich die DSGVO-Ergänzung zur Beitrittserklärung ausdrücklich an:**

**Ort:** \_\_\_\_\_ **Datum:** \_\_\_\_\_ **Unterschrift:** \_\_\_\_\_

Bitte senden Sie diesen Antrag ausgefüllt und unterschrieben an die Geschäftsstelle der IGTM