Schmerztherapeutisches Kolloquium –
Deutsche Gesellschaft für Schmerztherapie e.V.
German Pain association · Société Allemande de la Douleur

ANTRAG AUF MITGLIEDSCHAFT

Titel: _____ Vorname: _____ Name: _____

Geburtsdatum: _____ Beruf: _____ Fachrichtung: _____

Telefon: _____ Fax: _____

e-mail: _____

Beschäftigt in ❍ Praxis ❍ Klinik (zutreffendes bitte ankreuzen)

Praxis/Klinik: _____

Straße: _____

PLZ: _____ Ort: _____

Telefon: _____ Fax: _____

e-mail: _____

....
Ort, Datum Unterschrift/Stempel

Der Mitgliedsbeitrag beträgt pro Kalenderjahr 105 € für Ärzte, Psychologen, Naturwissenschaftler, 50 € für Assistenzärzte (Ermäßigung gilt 2 Jahre lang), 26 € für Angehörige medizinischer Assistenzberufe. Freie Mitgliedschaft für Studenten/AiP, Angehörige medizinischer Assistenzberufe in STK-Mitgliederpraxen. Die Teilnahme am Einzugsverfahren ist obligatorisch.

ERMÄCHTIGUNG ZUM EINZUG DER MITGLIEDSBEITRÄGE MITTELS LASTSCHRIFT

Hiermit ermächtige ich Sie widerruflich, ab ..... den von mir zu entrichtenden Mitgliedsbeitrag bei Fälligkeit zu Lasten meines Kontos mittels Lastschrift einzuziehen.

Name des Kreditinstituts: _____

Konto-Nr.: _____ Bankleitzahl: _____

....
Ort, Datum Unterschrift

Schmerztherapeutisches Kolloquium –
Deutsche Gesellschaft für Schmerztherapie e.V. (Geschäftsstelle)
Adenauerallee 18 · 61440 Oberursel/Ts.
Telefon +49 (0) 6171-2860-20 · Fax +49 (0) 6171-2860-22 e-mail: stk.zentrale@stk-ev.de