

**An den Verband Deutscher Ärzte für Algesiologie e.V.
- Berufsverband Deutscher Schmerztherapeuten -
Steilshooper Str. 54, 22305 Hamburg, Fax 040-61130910**

Bitte dieses Formular ausdrucken, ausfüllen und an die oben angegebene Adresse senden oder faxen (040-61130910)

Antrag auf Mitgliedschaft

Hiermit beantrage ich die Aufnahme in den Verband Deutscher Ärzte für Algesiologie e.V. als ordentliches Mitglied. Ich unterstütze die Aufgaben und Ziele des Verbandes Deutscher Ärzte für Algesiologie e.V.

Ich versichere, daß ich die Voraussetzungen zur Mitgliedschaft erfülle (Anerkennung als Algesiologe durch eine oder mehrere algesiologische Gesellschaften und/oder Teilnahme an der Qualitätssicherungsvereinbarung Schmerztherapie).

Der Mitgliedsbeitrag (z.Zt. EUR 50,- pro Jahr) wird jeweils bis zum 31.Januar des laufenden Jahres auf das Konto (HSH Nordbank, Kto. Nr. 542803000, BLZ 21050000) des Verbandes überwiesen.

Die Mitgliedschaft bedarf der Bestätigung durch den Vorstand des Verbandes Deutscher Ärzte für Algesiologie e.V., sie wird wirksam nach Eingang des ersten Mitgliedsbeitrages.

Name, Vorname:

geb. am:

Fachrichtung:

Bereichsbezeichnungen:

Privatanschrift:

Telefon:

Fax:

E.-Mail:

Praxis-/Klinikanschrift:

Telefon:

Datum:

Unterschrift:

Stempel: