



Akademie Boppard
Obere Rheingasse 3
D-56154 Boppard
Tel. 06742 8001-0
Fax 06742 8001-27
kontakt@dgmsm.de
www.dgmsm.de

Beitrittserklärung

Hierdurch erkläre ich zum _____ meinen Beitritt zur Deutschen Akademie für Physiotherapeuten (DAfPT).

Ich habe die Berufsausbildung als Physiotherapeut/in am _____ abgeschlossen und
die Weiterbildung in Manueller Therapie
Datum der Berufsurkunde

bei einem anerkannten Weiterbildungsträger DGMSM MWE ÄMM
 sonstige _____

am _____ abgeschlossen.
Datum des MT-Zertifikates

bei dem DGMM-Seminar (DGMSM MWE ÄMM) am _____ mit dem
Kurs _____ vom _____ bis _____ begonnen.

Die Mitgliedschaft in der DAfPT beginnt frühestens mit Abschluss des ersten Weiterbildungskurses in MT bei einem der drei DGMM-Seminare. Die ermäßigte Kursgebühr für Mitglieder wird für laufende Kurse nur gewährt, wenn die Beitrittserklärung vor Kursbeginn in der DGMSM-Akademie in Boppard vorliegt. Der Mitgliedsbeitrag von z. Z. € 75,00 pro Jahr ist zum Zeitpunkt des Beitritts für das gesamte Kalenderjahr voll zu entrichten und danach jeweils am 01.01. eines jeden Jahres fällig. Er enthält u. a. die kostenlose Lieferung der Zeitschrift 'Manuelle Medizin' (Kostenbeitrag € 41,90 bzw. € 47,20 für im Ausland lebende Mitglieder). Ggf. bereits erschienene Hefte eines Jahrgangs werden nachgeliefert. Die Kündigung der Mitgliedschaft hat durch eingeschriebenen Brief mit mindestens dreimonatiger Frist zum Ende eines Kalenderjahres zu erfolgen.

_____, den _____

Unterschrift

Einzugsermächtigung

Hiermit ermächtige ich die Deutsche Akademie für Physiotherapeuten (DAfPT) die von mir zu entrichtenden Mitgliedsbeiträge bis auf Widerruf bei jeweiliger Fälligkeit zu Lasten meines

Kontos Nr. _____

bei der _____

BLZ _____

mittels Lastschrift einzuziehen. Wenn mein Konto die erforderliche Deckung nicht aufweist, besteht seitens des Geldinstitutes keine Verpflichtung zur Einlösung.

Stempel:

Datum Unterschrift

Bitte Rückseite unbedingt vollständig ausfüllen!

Bitte füllen Sie dieses Formular **vollständig** und **deutlich lesbar aus**.

Name: _____

DGMSM-Nr. _____
(wird von DGMSM eingetragen)

Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

Examensdatum: _____

MT-Zertifikatsprüfung: _____

Privatanschrift:

PLZ: _____ Ort: _____ Straße: _____

Tel.: _____ Fax: _____

E-Mail: _____

Dienstanschrift:

PLZ: _____ Ort: _____ Straße: _____

Tel.: _____ Fax: _____

E-Mail: _____

An welche Anschrift wünschen Sie unsere Zuschriften und die Zeitschrift?

privat: dienstlich:

Datum: