

Beitrittserklärung

Praxisadresse oder Stempel:

An die
IMON e.V.
Lerchenfeldstraße 20
80538 München

Hiermit trete ich der Initiative für Medizin ohne Nebenwirkungen e.V. (Gemeinnützigkeit anerkannt) als Mitglied bei.

Mitgliedsbeitrag der IMON für 2026

- ☐ 1. Mitgliedschaft EURO 120,- jährlich
- ☐ 2. Doppelte Mitgliedschaft (Mitglieder der DAA und angeschlossener Gesellschaften, mit Nachweis) EURO 90,- jährlich
- ☐ Ich bezahle den jeweils gültigen Jahresmitgliedsbeitrag auf das Konto der Initiative für Medizin ohne Nebenwirkungen e.V. bei der Deutschen Apotheker- und Ärztebank München, IBAN: DE92 3006 0601 0301 2797 26 - BIC: DAAEDEDXXX (pro Kalenderjahr).
- ☐ Hiermit beauftrage ich widerruflich die Initiative für Medizin ohne Nebenwirkungen, den Jahresbeitrag von meinem Konto einzuziehen. Der Einzug erfolgt im SEPA-Basis-Lastschriftverfahren und ist durch die Gläubiger-Identifikationsnummer DE87ZZZ00001264835 gekennzeichnet.

IBAN _____ BIC _____

Bank _____

Die Satzung unter
<https://reg-med.de/wp-content/uploads/2015/05/Satzung-Initiative-aktuell.pdf> ist mir bekannt.

Die Kündigung der Mitgliedschaft ist mit einer Frist von drei Monaten zum Ende eines Kalenderjahres möglich.

Ich bin () selbstständig () angestellt in () Praxis () Krankenhaus

Berufsbezeichnung/Fachrichtung _____

Name _____ Vorname _____ Titel _____

Anschrift (privat) _____

Geburtsdatum _____

Tel. _____ Fax _____ E-Mail _____

Datum _____ Unterschrift _____