

THURE VON
UEXKÜLL-AKADEMIE
FÜR INTEGRIERTE MEDIZIN

Antrag auf Mitgliedschaft in der AIM

Ich möchte Mitglied der Thure von Uexküll-Akademie für Integrierte Medizin (AIM) werden.

Anrede, Vorname, Name: _____

Institution: _____

Funktion/Beruf: _____

Adresse: _____

PLZ und Wohnort: _____

Telefon und Mail: _____

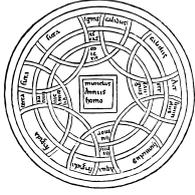
Der **Mitgliedsbeitrag** beträgt **75,00 € pro Jahr**. Bei einem Jahreseinkommen bis 35.000,00 € beträgt er 35,00 €, Studenten zahlen 20,00 €. Bitte erteilen Sie uns eine Einzugsermächtigung.

Bitte skizzieren Sie kurz Ihren beruflichen Werdegang, Ihren gegenwärtigen Tätigkeitsschwerpunkt und Ihren persönlichen Zugang zur Integrierten Medizin:

Thure von Uexküll-Akademie für Integrierte Medizin e. V.
Gemeinnützige Körperschaft, VR Stuttgart 5279
Geschäftsstelle Frankfurt, Dr. Gisela Volck
Kurhessenstr. 19, 60431 Frankfurt a. M.
Tel: 069-528066
kontakt@uexkuell-akademie.de

Sprecher des Vorstands:
Dr. med. Werner Geigges
Generalsekretär:
Dipl.-Psych. Dr. med. Wulf Bertram

Sparkasse Freiburg
IBAN DE94 6805 0101
0002 2913 36
BIC: FRSPDE66XXX
Steuernummer:
99018/57210



THURE VON
UEXKÜLL-AKADEMIE
FÜR INTEGRIERTE MEDIZIN

SEPA-Lastschrift-Mandat

Unsere Gläubiger-ID: DE13ZZZ00000346898

Ich ermächtige die **Thure von Uexküll-Akademie für Integrierte Medizin (AIM) e.V.**, Zahlungen von meinem Konto per Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von der Thure von Uexküll-Akademie für Integrierte Medizin (AIM) e.V. auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

Anrede, Vorname, Name: _____

Adresse: _____

PLZ und Wohnort: _____

Kontoinhaber: _____

Geldinstitut: _____

BIC: _ _ _ _ _

IBAN: _ _ _ _ _

Mein Mitgliedsbeitrag beträgt: 75,00€ 35,00€ 20,00€

Der Einzug des Mitgliedsbeitrags erfolgt einmal jährlich jeweils zum 1. März.

Datum und Ort:.....

Unterschrift:.....