



ANTRAG AUF MITGLIEDSCHAFT IN DER AIM

Ich möchte Mitglied der AIM werden

Mitgliedsbeitrag (*bitte Zutreffendes wählen*)

35,-- € bis Jahreseinkommen von 35.000,-- €

75,-- € darüber

20,-- € für Studenten

Name

Straße, Nr

PLZ

Stadt

E-Mail

Tel

Fax

Bitte skizzieren Sie kurz Ihren beruflichen Werdegang, Ihren gegenwärtigen Tätigkeitsschwerpunkt und Ihren besonderen Zugang zur integrierten Medizin.

Unterschrift