



## Antrag auf Mitgliedschaft

---

### Private Angaben (werden vertraulich behandelt)

Name*:	Vorname*:
Titel:	Geburtsdatum:
Postleitzahl*:	Wohnort*:
Straße:	
Telefon*:	Handy:
E-Mail*:	FAX:
Beruf:	Fachbereich*:
Niedergelassen seit:	Tätig in Klinik/Krankenhaus seit:
Ich behandle seit:	Mit folgendem Gerät:
Name der Bank:	
BLZ:	Konto-Nr.:

---

Wenn Sie auf der Website der Digest e.V. als **zertifizierter Behandler** aufgeführt werden möchten, füllen Sie bitte zusätzlich untenstehende Felder aus. **Ja**, ich möchte auf der Website der Digest **nach meiner Zertifizierung** als **zertifizierter Behandler** aufgeführt werden. Über die Möglichkeiten der Zertifizierung können Sie sich auf der [Website der Digest e.V.](#) informieren.

---

### Angaben zur Praxis

Praxisname:	Bundesland:
Landkreis:	Postleitzahl:
Ort:	Straße:
Telefon:	Fax:
E-Mail:	Website:

---

Hiermit beantrage ich die Aufnahme in die Deutschsprachige Internationale Gesellschaft für Extrakorporale Stoßwellentherapie - DIGEST e.V. Ich bin einverstanden, dass die DIGEST e.V. einen einmaligen Aufnahmebeitrag in Höhe von 100.-- €, sowie die von der Mitgliederversammlung beschlossenen jährlichen Mitgliedsbeiträge (z. Zt. 65.-- €) von meinem Konto abbucht. Mitglieder, die nicht am Abbuchungsverfahren teilnehmen (Rechnungsempfänger), zahlen wegen des erhöhten Aufwandes 80,- € Jahresbeitrag. Die Kündigungsfrist beträgt 3 Monate zum Jahresende.

<b>Ort:</b>	<b>Datum:</b>
<b>Stempel:</b>	<b>Unterschrift:</b>