

ANTRAG AUF MITGLIEDSCHAFT

Akademie für Gesundheitsförderung und Prävention e.V. (AGEP)

(Bitte senden Sie diesen Antrag sowie das ausgefüllte SEPA Mandat per Post oder Fax (08022-187404-20) unterschrieben an uns zurück)

Ja - ich möchte Mitglied der Akademie für Gesundheitsförderung und Prävention e.V. (AGEP) werden. Jährlicher Mitgliedsbeitrag € 150,00 (Stand 01.01.2015)

Name

Vorname(n)

Titel

Straße

PLZ, Ort

Geb.-Datum

Telefon

Fax

E-Mail (bitte unbedingt angeben)

Fachgebiet:

Auszug aus der Satzung:

§ 2 Zweck des Vereins

- a) Zweck des Vereins ist die Förderung der Umsetzung von präventiven Maßnahmen im Rahmen der Medizin unter besonderer Berücksichtigung von Ernährung und Bewegung. Es sollen die medizinischen und wissenschaftlichen Grundlagen, Weiterentwicklungen und jeweils neuesten Erkenntnisse insbesondere auf den Gebieten Endokrinologie, Ernährungs- und Stoffwechselformen, Sportmedizin, Labor- und bildgebende Diagnostik und weiteren medizinischen Fachgebieten diskutiert und weitervermittelt werden.
- b) Der Satzungszweck wird insbesondere verwirklicht durch:
- Kontinuierliche Recherchen aktueller Entwicklungen auf den relevanten Gebieten
 - Auswahl und Aufbereitung der gewonnenen Erkenntnisse zur Weitervermittlung und Erarbeitung von Therapien, Methoden und Abläufe für die Umsetzung
 - Gewinnung von Kooperationspartnern für den laufenden Informationsaustausch
 - Planung, Vorbereitung und Durchführung von Informations-, Trainings- und Weiterbildungsveranstaltungen für Mitglieder und andere
 - Aufbau, Durchführung und Pflege von Medienplattformen zur Informationsverteilung
 - Bildung von Allianzen mit Wissenschaft, Bildungs- und Forschungseinrichtungen

§ 6 Beendigung der Mitgliedschaft

- b) Der Austritt ist gegenüber dem Vorstand schriftlich zu erklären. Der Austritt ist unter Einhaltung einer Kündigungsfrist von sechs Monaten zu jedem Kalenderjahresende zulässig. Zur Einhaltung der Frist ist rechtzeitiger Zugang der Austrittserklärung an ein Mitglied des Vorstandes erforderlich.

Ort, Datum

Unterschrift

MANDAT

zum Einzug von Forderungen mittels SEPA-Basislastschrift

Bitte ausgefüllt zurück an Zahlungsempfänger

Name und Adresse des Zahlungsempfängers

Akademie für Gesundheitsförderung und Prävention e.V.

Am Voglackner 10a
85609 Aschheim

Gläubiger-Identifikationsnummer

DE74ZZZ00001527648

Mandatsreferenz

2015001

Hiermit ermächtige(n) ich (wir) widerruflich o. g.
Zahlungsempfänger

- einmalig
 wiederkehrend

Zahlungen von meinem (unserem) Konto mittels Lastschrift
einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an die von
o. g. Zahlungsempfänger auf mein Konto gezogene(n) Last-
schriften einzulösen.

Hinweis:

Ich bin (wir sind) berechtigt von meinem kontoführenden
Kreditinstitut eine Rückerstattung des eingezogenen Betrages
innerhalb von 8 Wochen, beginnend mit dem Tag, an dem mein
(unser) Konto belastet wurde, zu verlangen.

Es gelten dabei die mit meinem Kreditinstitut vereinbarten
Bedingungen.

Name und Adresse des Zahlungspflichtigen

IBAN des/der Zahlungspflichtigen

BIC des kontoführenden Kreditinstitutes

Kontoführendes Kreditinstitut

Ort, Datum

Rechtsverbindliche Unterschrift Zahlungspflichtiger (ggf. Firmenstempel)