

# Antrag auf Mitgliedschaft

An die  
AG ADHS  
der Kinder- und Jugendärzte e.V.  
Gleiwitzerstr. 15  
91301 Forchheim

Email: ag-adhs@t-online.de  
FAX: 09191-97 03 75

Name: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_ Titel: \_\_\_\_\_

Strasse: \_\_\_\_\_ Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

PLZ: \_\_\_\_\_ Ort: \_\_\_\_\_ Bundesland: \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_ Fax: \_\_\_\_\_ E-Mail: \_\_\_\_\_

Als Kinder-Jugendarzt/ärztin tätig in

Praxis  Klinik  öffentlicher Gesundheitsdienst  Sonst.: \_\_\_\_\_

Institutionsadresse (Klinik, Gesundheitsamt, sonst.): \_\_\_\_\_

Pädinform: ja / nein

Ich nehme an einem ADHS – Qualitätszirkel teil: ja / nein

Ich moderiere einen ADHS – Qualitätszirkel: ja / nein

Ich möchte mich an der AG ADHS der Kinder- und Jugendärzte e.V. beteiligen:

- als Mitglied
- und bei der Organisation
- und als Moderator für Seminare zu ADHS

Ich möchte Mitglied werden und bin mit den Regeln der Zusammenarbeit entsprechend den Festlegungen in der Vereinssatzung der AG ADHS der Kinder- und Jugendärzte e.V. einverstanden.

Mit der Veröffentlichung meiner Adresse in der Mitgliederliste im geschlossenen Bereich der Internetseite der AG ADHS bin ich einverstanden.

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Stempel

\_\_\_\_\_  
Unterschrift

(Die Mitgliedschaft wird wirksam durch Bestätigungsmitteilung des Vorstands an den Antragsteller.)

Ich bin einverstanden, dass der Mitgliedsbeitrag von 80,00 EUR von meinem

Konto Nr. \_\_\_\_\_ bei der Bank \_\_\_\_\_

BLZ: \_\_\_\_\_ abgebucht wird.

Ort, Datum: \_\_\_\_\_

Unterschrift: \_\_\_\_\_