



**DGFDT**

Deutsche Gesellschaft für  
Funktionsdiagnostik und -therapie

Deutsche Gesellschaft für Funktionsdiagnostik und Therapie  
in der DGZMK  
Liesegangstraße 17a

40211 Düsseldorf

**BEITRITTSERKLÄRUNG**  
zur DEUTSCHEN GESELLSCHAFT FÜR FUNKTIONSDIAGNOSTIK UND THERAPIE

**Ihre persönlichen Daten** (bitte in Druckbuchstaben)

Titel: \_\_\_\_\_

Vorname: \_\_\_\_\_

Name: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_  männlich  weiblich

Approbationsdatum: \_\_\_\_\_ Promotionsdatum: \_\_\_\_\_

Bereits Mitglied in der DGZMK:  Ja Mitgliedsnummer: \_\_\_\_\_  Nein

**Dienstadresse**

Straße: \_\_\_\_\_

Land, PLZ, Ort: \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_ Fax: \_\_\_\_\_

E-Mail: \_\_\_\_\_

**Privatadresse**

Straße: \_\_\_\_\_

Land, PLZ, Ort: \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_ Fax: \_\_\_\_\_

E-Mail: \_\_\_\_\_

**Bankverbindung für Einzugsermächtigung**

**Der DGFDT Beitrag wird per SEPA-Lastschrift erhoben.**

**SEPA Lastschriftmandat/ Einzugsermächtigung:**

**Gläubiger-ID. DE05ZZZ00000506898**

**Mandatsreferenz: Mitgliedsbeitrag**

Ich ermächtige die DGFDT Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von der DGFDT eingezogene Lastschrift einzulösen.

Hinweis: Ich kann innerhalb von 8 Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Es gelten dabei die mit meinem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

**BIC:**

---

**IBAN:**

---

**Genauere Bezeichnung des Geldinstituts:**

---

**Name des Kontoinhabers:**

---

**Beitrag:**

DGFDT	EURO	80,00
zzgl. DGZMK	EURO	95,00 für ordentliche Mitglieder

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