



Hiermit stelle ich:

**An  
Akupunktur- und TCM-Gesellschaft in  
China weitergebildeter Ärzte e.V.  
Tanusstraße 2  
65183 Wiesbaden**

\_\_\_\_\_  
Name

\_\_\_\_\_  
Adresse

\_\_\_\_\_  
Tel

\_\_\_\_\_  
Fax  
Beruf

(Bitte das ausgefüllte Formular an die  
obenstehende Adresse zurücksenden)

Email: AnkeBertelt@t-online.de  
oder  
Fax 0611 4478412  
Praxisstempel

den Antrag auf Mitgliedschaft in der ATCÄ e.V. und  
erkläre mich zur Zahlung des folgenden  
Jahresbeitrages (bitte ankreuzen) bereit:

50.- € für berufstätige Ärzte

40.- € für nicht-berufstätige Ärzte

25.- € für Medizinstudenten

Akupunkturausbildungsstand bitte ankreuzen

Mind. 140 Stunden

Mind. 200 Stunden  Zusatzbezeichnung ja  nein

Mind. 350 Stunden

Davon in China: \_\_\_\_\_ Std

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

\_\_\_\_\_  
Unterschrift

Aus organisatorischen Gründen bitten wir um Ihr Verständnis, daß die Mitgliedschaft erst nach Eingang der unten stehenden Einzugsermächtigung wirksam wird. Bitte nehmen Sie von anderen Zahlungsformen Abstand. Angestellte Ärzte bitte Approbation und AiPs und Studenten bitte Studienbescheinigung jeweils in Kopie beilegen, bei Niedergelassenen reicht der Praxisstempel.

**Adresse im Internet ----- bitte ankreuzen einverstanden ( ) nicht einverstanden ( )**

**Ermächtigung zum Einzug von Forderungen durch Lastschriften**

Hiermit ermächtige(n) ich/wir ATCÄ widerruflich, die von mir/uns zu entrichtende Zahlungen – Jahresbeitrag der ATCÄ e.V., Tanusstraße 2, 65183 Wiesbaden – bei Fälligkeit zu Lasten meines/unseres Kontos mit der

Konto-Nr. \_\_\_\_\_ BLZ \_\_\_\_\_ bei \_\_\_\_\_

Kontoinhaber \_\_\_\_\_

Adresse \_\_\_\_\_

durch Lastschrift einzuziehen.

Wenn mein/unser Konto die erforderliche Deckung nicht aufweist, besteht seitens des kontoführenden Kreditinstituts keine Verpflichtung zur Einlösung. Teileinlösungen werden im Lastschriftverfahren nicht vorgenommen.

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

\_\_\_\_\_  
Unterschrift