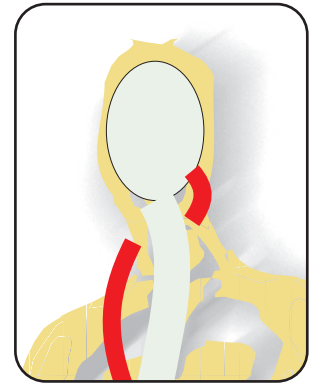




Antrag auf Mitgliedschaft

im International College of Cranio-Mandibular Orthopedics,
Sektion Deutschland, e. V.



Bitte Passfoto nicht vergessen!
Digital auf CD oder auch als
JPG-Datei an:
sekretariat@iccmo.de

Name, Vorname

Akadem. Grad

Berufsbezeichnung

Geburtsdatum

Praxisanschrift

Tel. Praxis, offiziell

Tel. Praxis, inoffiziell

Fax Praxis

E-Mail Praxis

Homepage Praxis

Privatanschrift

Tel. Privat

Handy Privat

Fax Privat

E-Mail Privat

Beruflicher Werdegang und Weiterbildung:

Praxisschwerpunkte:

Wie sind Sie auf das ICCMO aufmerksam geworden?

Weshalb möchten Sie Mitglied werden?

Ich wünsche die Aufnahme meiner Praxis in die unter www.iccmo.de veröffentlichte Mitgliederliste der ICCMO, Sektion Deutschland, e. V.

Bankverbindung

Kontonummer/IBAN

Bankleitzahl

Durch meine Unterschrift erkläre ich verbindlich mein Einverständnis zum Einzug des Jahresbeitrages in Höhe von z. Zt. EUR 230,00 von obigem Konto und Sorge für eine ausreichende Deckung. Von der Satzung des ICCMO habe ich Kenntnis genommen und erkenne sie an.

Ort, Datum

Unterschrift Antragsteller

Bitte zurücksenden an: ICCMO, Sektion Deutschland, e.V. • Tel. 091313-9790992, Fax 09131-9790994
schatzmeister@iccmo.de • Schatzmeister: Dr. Stephan Krämer, Straße der Einheit 21a, D-39629 Bismark

www.iccmo.de