



Deutsche Ärztegesellschaft für Ayurveda-Medizin e.V.  
 c/o Charité Hochschulambulanz für Naturheilkunde  
 am Immanuel Krankenhaus Berlin  
 Abteilung für Naturheilkunde  
 Königstr. 63  
 14109 Berlin  
 Telefon: 030 80505 614  
 Telefax: 030 80505 692  
 Website: [www.daegam.de](http://www.daegam.de)  
 Email: [office@daegam.de](mailto:office@daegam.de)

## Deutsche Ärztegesellschaft für Ayurveda-Medizin e.V.

### - Mitgliedsantrag -

|  |  |
|--|--|
| Herr / Frau: [Name, Vorname]   |  |
| Geburtstag   |  |
| Anschrift - privat<br><input type="checkbox"/> diese als Postadresse verwenden     |  |
| Anschrift - dienstlich<br><input type="checkbox"/> diese als Postadresse verwenden |  |
| Telefon<br><input type="checkbox"/> dienstlich<br><input type="checkbox"/> privat  |  |
| E-Mail   |  |
| Website  |  |

|                                  |  |
|----------------------------------|--|
| Datum und Stelle der Approbation |  |
| Akademischer Grad - wo erworben  |  |
| Fachbereich                      |  |

|  |               |
|--|---------------|
| Ausbildung im Ayurveda, wo, in welchem Umfang:   |               |
| Ausbildung in anderen Naturheilverfahren:  |               |
| <input type="checkbox"/> <b>Hiermit beantrage ich die Mitgliedschaft in der DÄGAM e. V. (Mitgliedsbeitrag 90 € / Jahr)</b>   |               |
| <b>Doppelmitgliedschaft</b><br>Zusätzlich beantrage ich die Mitgliedschaft im folgenden Verein <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> AFGIM – Akademische Fachgesellschaft Indische Medizin e. V. (zusätzlich 20 € / Jahr)</li> <li><input type="checkbox"/> VEAT – Verband Europäischer Ayurveda-Mediziner und -Therapeuten e. V. (zusätzlich 50 € / Jahr)</li> <li><input type="checkbox"/> DGA – Deutsche Gesellschaft für Ayurveda e. V. (zusätzlich 30 € / Jahr)</li> </ul>  |               |
| <b>Bestehende Mitgliedschaft</b><br>Ich bin Mitglied des folgenden Vereins und beantrage die zusätzliche Mitgliedschaft in der DÄGAM e. V.: <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> AFGIM – Akademische Fachgesellschaft Indische Medizin e. V. (zusätzlich 20 € / Jahr zum AFGIM Jahresbeitrag)</li> <li><input type="checkbox"/> VEAT – Verband Europäischer Ayurveda-Mediziner und -Therapeuten e. V. (zusätzlich 50 € / Jahr zum VEAT Jahresbeitrag)</li> <li><input type="checkbox"/> DGA – Deutsche Gesellschaft für Ayurveda e. V. (zusätzlich 30 € / Jahr zum DGA Jahresbeitrag)</li> </ul>  |               |
| <b>Zahlungsweise</b> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Der Mitgliedsbeitrag darf einmal jährlich* von meinem Konto eingezogen werden. Dazu schicke ich das beiliegende SEPA-Lastschriftmandat ausgefüllt mit.</li> <li><input type="checkbox"/> Den Mitgliedsbeitrag überweise ich bis zum 31.3. des jeweiligen Jahres* mit dem Verwendungszweck „Mitgliedsbeitrag DÄGAM JJJJ“. auf folgendes Konto:<br/> <b>IBAN: DE 05 4306 0967 1261 5125 00</b><br/> <b>BIC: GENODEM1GLS</b></li> </ul> <p><i>*Bei Beginn der Mitgliedschaft ist ein anteiliger Betrag je nach Eintrittsdatum zu zahlen.</i></p>   |               |
| <b>Datenschutz</b> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Ich bin damit einverstanden, dass folgende Angaben: Name, Titel, Fachbereich, Postleitzahl, Ort und ggf. Website             <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> <b>auf <a href="http://www.dageam.de">www.dageam.de</a></b></li> <li><input type="checkbox"/> <b>auf Anfrage an PatientInnen</b></li> </ul>             weitergegeben werden dürfen.           </li> <li><input type="checkbox"/> Ich bin damit einverstanden, dass die DÄGAM mich über oben genannte E-Mail-Adresse und Anschrift mehrmals im Jahr über Vereinstätigkeiten informieren darf.</li> </ul> |               |
| Ort und Datum:   | Unterschrift: |

## Erteilung einer Einzugsermächtigung und eines SEPA-Lastschriftmandats

Name und Anschrift des Zahlungsempfängers (Gläubiger)

Deutsche Ärztegesellschaft für Ayurveda-  
Medizin e.V.  
c/o Charité Hochschulambulanz für  
Naturheilkunde am Immanuel Krankenhaus  
Königstr. 63  
14109 Berlin

Gläubiger-Identifikationsnummer (CI/Creditor Identifier)

DE38ZZZ00002092933

### Wiederkehrende Zahlungen/Recurrent Payments

Name und Anschrift des Kontoinhabers

Mandatsreferenz

### Einzugsermächtigung

Ich/Wir ermächtige(n) Sie widerruflich, die von mir/uns zu entrichtenden Zahlungen bei Fälligkeit durch Lastschrift von meinem/unserem Konto mit der

Kto.-Nr.  
Bitte SEPA-Lastschriftmandat ausfüllen

Bankleitzahl

-

genaue Bezeichnung des konfoführenden Kreditinstituts

-

einziehen.

### SEPA-Lastschriftmandat

Ich/Wir ermächtige(n) Sie, Zahlungen von meinem/unserem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise(n) ich/wir mein/unser Kreditinstitut an, die von

[Name des Zahlungsempfängers]

auf mein/unser Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

Hinweis: Ich kann/Wir können innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrags verlangen. Es gelten dabei die mit meinem/unserem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

Kreditinstitut

BIC

IBAN

DE

Ort, Datum

Unterschrift

Vor dem Einzug einer SEPA-Basis-Lastschrift werden Sie mich/uns über den Einzug in dieser Verfahrensart unterrichten.

1 Hinweis: Ab 01.02.2014 kann die Angabe des BIC entfallen, wenn die IBAN mit DE beginnt.