



Ärztegesellschaft für Manuelle Kinderbehandlung & Atlasterapie e.V.

Ärztegesellschaft für Manuelle Kinderbehandlung & Atlasterapie e.V.

## Aufnahmeantrag

**Hiermit beantrage ich die Aufnahme in die ÄMKA e.V.**

bitte in Druckbuchstaben ausfüllen

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

Vor- / Zuname: \_\_\_\_\_

Facharzt: \_\_\_\_\_

### Chirotherapie / Manuelle Medizin

Abschluss seit: \_\_\_\_\_

### Atlasterapie nach Arlen

Abschluss am: \_\_\_\_\_

### Manuelle Kinderbehandlung

Abschluss am: \_\_\_\_\_

#### Anschrift (privat):

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

PLZ / Stadt: \_\_\_\_\_

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

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

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

Homepage: \_\_\_\_\_

#### Anschrift (dienstlich):

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

PLZ / Stadt: \_\_\_\_\_

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

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

Bitte senden Sie diesen Antrag an folgende Adresse:

**Frau Ruth Kamping • Scheidestraße 3 • D-30625 Hannover**

## Einzugsermächtigung

Hiermit ermächtige ich die ÄMKA e.V., jährlich den Jahresbeitrag von 75,- Euro von meinem Konto abzubuchen.

IBAN: \_\_\_\_\_

BIC: \_\_\_\_\_

Bank: \_\_\_\_\_

Ort / Datum: \_\_\_\_\_

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