



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 Gudrun Klimczyk • Rosenweg 5a • D-87669 Rieden a.F.

Einzugsermächtigung

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

KTO: _____

BLZ: _____

Bank: _____

Ort / Datum: _____

Unterschrift: _____