



## Aufnahmeantrag

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

bitte in Druckbuchstaben ausfüllen

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

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

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

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

### Chirotherapie / Manuelle Medizin

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

### Atlasterapie nach Arlen

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

### Manuelle Kinderbehandlung

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

#### Anschrift privat:

Straße: \_\_\_\_\_

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

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

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

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

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

#### Anschrift dienstlich (für die Ärzteliste !):

Straße: \_\_\_\_\_

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

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

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

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

Bitte senden Sie diesen Antrag an folgende Adresse:

**Frau Dr. med. Doris Stüder-Kuhl • c/o MZEB Bruno-Valentin-Institut •**

**Anna-von-Borries-Str. 6 • 30625 Hannover • Fax 0511/ 5354-111**

### Einzugsermächtigung

Hiermit ermächtige ich die ÄMKA e.V., jährlich den Jahresbeitrag von 75,00 Euro von meinem Konto abzubuchen.

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

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

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

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

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