

**AADI e. V.**  
Donnersberggring 18  
64295 Darmstadt  
Tel.: 0 61 51/1 01 23-0  
Fax: 0 61 51/1 01 23-10

# AADI

Arbeitsgemeinschaft  
Ästhetik und  
Dermatologische Institute

## MITGLIEDSCHAFTSANTRAG

AADI e.V. – Donnersberggring 18 – 64295 Darmstadt

**A.A.D.I. e. V.**  
Donnersberggring 18  
64295 Darmstadt

**Rückantwort per Fax bitte an:  
0 61 51/1 01 23-10**

*bitte keinen Stempel verwenden, da per Fax oft unleserlich*

<b>Absender:</b>	
Anrede, Titel, Vorname, Nachname:	_____
Facharzt für:	_____
Praxis- / Institut-Name:	_____
Strasse:	_____
PLZ, Ort:	_____
Tel.: _____ Fax: _____	
e-mail*: _____	
<small>*Bitte unbedingt angeben, da der Versand der AADI-Info 2mal jährlich ausschließlich per e-mail erfolgt.</small>	

### Antrag auf Vereinsmitgliedschaft

Ich unterstütze die Ziele der Arbeitsgemeinschaft Ästhetik und Dermatologische Institute e.V. und beantrage hiermit die Aufnahme als

- ordentliches Mitglied**
- Ärztin/Arzt in Weiterbildung**
- Assoziiertes Mitglied**

und erfülle die Voraussetzung zur Erlangung der Mitgliedschaft gemäß der Satzung § 3 Nr. 2. (siehe Anlage).

Nach Annahme meiner Beitrittserklärung durch den Vorstand erhalte ich eine Mitgliedschaftsbestätigung. Als ordentliches Mitglied verpflichte ich mich, den Mitgliedsbeitrag von derzeit € 140,- jährlich per Lastschriftverfahren zu begleichen. Für Ärzte in Weiterbildung ist die Mitgliedschaft die ersten beiden Jahre (Eintrittsjahr plus Folgejahr) beitragsfrei.

Hiermit ermächtige ich den AADI e. V. bis auf Widerruf, fällige Mitgliedsbeiträge von meinem Konto einzuziehen:

IBAN: .....

BIC: .....

Bank: .....

.....  
Datum/Stempel/Unterschrift

*Anlage: Auszug aus der Vereinssatzung*