



Arbeitsgemeinschaft für Pädiatrische Stoffwechselstörungen

Aufnahmeantrag

Aufnahmebedingungen - <http://www.aps-med.de>

Ordentliche Mitglieder

Ordentliches Mitglied der APS kann jeder **approbierte Arzt** oder jeder **Wissenschaftler** werden, der spezielle Interessen und Erfahrungen auf dem Gebiet der Stoffwechselstörungen im Kindesalter besitzt, die Ziele der APS unterstützt und an mindestens einer Jahrestagung teilgenommen hat.

Außerordentliche Mitglieder

Außerordentliche Mitglieder können alle Personen, Gesellschaften und Unternehmen werden, die dem Zweck der Gesellschaft dienen. **Sie sind in den Mitgliederversammlungen nicht stimmberechtigt.**

- Der schriftliche Aufnahmeantrag ist durch Empfehlungen von zwei Mitgliedern zu unterstützen.

Der Mitgliedsbeitrag beträgt 35,00 € pro Jahr
(Bitte Einzugsermächtigung beifügen!)

Hiermit beantrage ich

Titel: _____

Vorname: _____

Name: _____

Adresse: Institution: _____

Straße: _____

PLZ: _____ Ort: _____

Tel.: _____ / _____

Fax: _____ / _____

e-mail: _____

die Aufnahme in die Arbeitsgemeinschaft für Pädiatrische Stoffwechselstörungen als

- **Ordentliches Mitglied**
- **Außerordentliches Mitglied**

Datum: _____ **Unterschrift:** _____

(empfehlendes Mitglied, Unterschrift)

(empfehlendes Mitglied, Unterschrift)

(empfehlendes Mitglied, Name)

(empfehlendes Mitglied, Name)

Die APS hat ihren Sitz am Dienort des Schriftführers und Schatzmeisters

Prof. Dr. Peter Freisinger

Klinik für Kinder- u. Jugendmedizin, Klinikum am Steinberg

Steinbergstr. 31

72764 Reutlingen

Tel.: 07121-200-3412 • **Fax:** 07121-200-3571 • **e-mail:** freisinger_p [AT] klin-rt [DOT] de

Bankverbindung: Apobank

• BLZ: 300 606 01 • Konto-Nr. 0007 249 330 • IBAN DE23 3006 0601 0007 2493 30 • BIC: DAAEDED

An die
**Arbeitsgemeinschaft für
Pädiatrische Stoffwechselstörungen (APS)**
Prof. Dr. Peter Freisinger
Klinik für Kinder- u. Jugendmedizin, Klinikum am Steinenberg
Steinenbergstr. 31

72764 Reutlingen

Einzugsermächtigung

Hiermit ermächtige ich die Arbeitsgemeinschaft für Pädiatrische Stoffwechselstörungen (APS) widerruflich die von mir zu entrichtenden Beitragszahlungen von meinem Konto durch Lastschrift einzuziehen.

Wenn mein Konto die erforderliche Deckung nicht aufweist, besteht seitens des kontoführenden Kreditinstituts keine Verpflichtung zur Einlösung.

Nummer: _____ SWIFT (BIC) Code _____

BLZ: _____ IBAN _____

Kreditinstitut: _____

Kontoinhaber: Titel: _____

Name: _____

Vorname: _____

Straße: _____

PLZ: _____ Ort: _____

Ort: _____

Datum: _____ Unterschrift: _____