



# 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. med. Chris Mühlhausen

Klinik für Kinder- und Jugendmedizin, Universitätsmedizin Göttingen

Robert-Koch-Str. 40

D-37075 Göttingen

**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. med. Chris Mühlhausen  
Klinik für Kinder-und Jugendmedizin, Universitätsmedizin Göttingen  
Robert-Koch-Str. 40  
D-37075 Göttingen

## **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: \_\_\_\_\_