

Medizinische Gesellschaft für Myofasziale Schmerzen e.V. MGMS e.V.

Bitte zurücksenden an:

Antrag auf Mitgliedschaft

MGMS-Geschäftsstelle
Tibusplatz 6
48143 Münster
FAX (0251) 6203757

Name: _____ Vorname: _____

Titel: _____ Geburtstag: _____ Geburtsort: _____

dienstlich

Abteilung: _____ Krankenhaus: _____

Straße: _____ PLZ: _____ Ort: _____

Telefon: _____ Fax: _____ Landesärztekammer: _____

Email: _____

privat

Straße: _____ PLZ: _____ Ort: _____

Telefon: _____ Fax: _____ Soll dies die Korrespondenzadresse sein: ja nein

Ausbildung, Abschlussprüfungen, berufliche Spezialisierung

Physiotherapeut/in: Arzt/Ärztin: Facharzt/-ärztin für: _____

Jetzige Tätigkeit, bitte aus nachstehender Liste ankreuzen (Mehrfachwahl möglich):

Praxis Klinik

Patientenversorgung Forschung Lehre Industrie

Gesundheitsverwaltung Medizinjournalismus andere (bitte angeben): _____

Interessengebiete, Forschungsthemen: _____

Mitgliedschaft in anderen Verbänden: _____

Ich bin mit einem jederzeit widerrufbaren Bankeinzug des jährlichen Mitgliedsbeitrages einverstanden:
(Mitgliedsbeitrag 2007: Ärzte: 50€, Physiotherapeuten: 30€, Arbeitslose/Studenten/Auszubildende: 10€)

ja nein

Konto-Nr: _____ BLZ: _____

Name des Kreditinstitutes: _____

Ort, Datum

Unterschrift