



**VEREIN ARMENISCH-DEUTSCHER MEDIZINER IN DEUTSCHLAND e. V. - VADM**

ԳԵՐՄԱՆԻԱՅԻ ՀԱՅ -ԳԵՐՄԱՆԱՑԻ ԲԺԻՇԿԿԵՐԻ ԵՎ ԲՈՒԺԱՇԽԱՏՈՂՆԵՐԻ ՄԻՈՒԹՅՈՒՆ Ի/Կ

Armenian - German Medical Association of Germany

Vorstandsvorsitzende: Frau Srbuhi Martirosyan, Anschrift: Linienstrasse 126, D-10115 Berlin  
Tel.: +49 (0) 176 570 911 44, E-Mail: 1990.vadm@gmail.com

Antrag zur VADM-Mitgliedschaft<sup>\*)</sup> / Beitrittserklärung<sup>\*\*)</sup>

Hiermit erkläre ich verbindlich meinen Beitritt zum Verein Armenisch-Deutscher Mediziner in Deutschland e.V. (VADM)

Bitte vollständig und in Blockbuchstaben ausfüllen

Nachname		Vorname	
Titel	<input type="checkbox"/> Prof. <input type="checkbox"/> Priv. Doz. <input type="checkbox"/> Dr. <input type="checkbox"/> ...	Anrede	<input type="checkbox"/> Frau <input type="checkbox"/> Herr
Geburtsdatum		Geburtsort	
Nationalität		in [D] seit	
Beruf	<input type="checkbox"/> StudentIn	Fach	
Fachgebietsbezeichnung		Zusatzbezeichnung	
Dienstanschrift <input type="checkbox"/> Kontaktadresse	Straße, Hausnummer, Postleitzahl, Ort		Ggf. Arbeitgeber
Dienst-Telefon		Ggf. Fax.	
Privatanschrift <input type="checkbox"/> Kontaktadresse	Straße, Hausnummer, Postleitzahl, Ort		e-mail
Privat-Telefon		Mobilfunk	

*Ort / Datum*

*Unterschrift*

*Stempel*

<sup>\*)</sup> Der Mitgliedsbeitrag beträgt EUR 52,- pro Jahr (Stand: Juli 2006) – Siehe Rückseite:  
EINZUGSERMÄCHTIGUNG

<sup>\*\*)</sup> Bitte senden Sie es per E-Mail oder auf dem Postweg an die Vorsitzende (siehe Kopfzeile)

Antrag erhalten am	Durch den Vorstand genehmigt am:	Dem neuen Mitglied mitgeteilt am:
--------------------	-------------------------------------	-----------------------------------

An den Verein Armenisch-Deutscher Mediziner in Deutschland e.V. (VADM)

z.H. Herrn Dr. Philippe Manuel (Kassenwart)

FAX.-Nr.: 07242 / 953132

E-Mail: info@dr-manuel.de

### EINZUGSERMÄCHTIGUNG

Ich ermächtige hiermit den „Verein Armenisch-Deutscher Mediziner in Deutschland e.V.“  
widerruflich, die von mir zu leistenden Mitgliedschaftsbeiträge jährlich im voraus zu Lasten  
meines Kontos

Kreditinstitut		Ort	
IBAN :		BIC:	

mittels Lastschrift einzuziehen. Wenn mein Konto die erforderliche Deckung nicht aufweist,  
besteht seitens des Kreditinstitutes keine Verpflichtung zur Einlösung.

Name		Vorname	
Unterschrift		Ort u. Datum	