



Akademie Iranischer Ärzte und Zahnärzte in Deutschland
Academy of Iranian Physicians and Dentists in Germany

آکادمی پزشکان و دندانپزشکان ایرانی در آلمان



از من بگوی عالم تنفسی کوئی را
با علم اگر عمل کنی، شایه نبوی

An: Akademie Iranischer Ärzte und Zahnärzte in
Deutschland, e.V. (AIA)

Postfach 260266
50515 Köln

Per Fax: +49 (228) 651417

Vereinsregister-Nr. / number of register of associations: VR 9054
beim Amtsgericht Bonn / at county court Bonn

E-Mail: info@kanun.org & info@aia.de
www.aia.de & www.kanun.org

Beitrittserklärung / Erhebungsbogen

☐ Hiermit erkläre ich meinen Beitritt zur Akademie Iranischer Ärzte und Zahnärzte in Deutschland.

☐ Hiermit mache ich folgende Angaben zur Aktualisierung meiner Mitgliedsdaten.

Titel:		
Vorname:		نام:
Name:		نام خانوادگی:
Geburtsdatum:	Geburtsort: freiwill. Angabe	زادگاه: freiwill. Angabe
Fachrichtung:		
Adresse:		
PLZ:	Ort:	Telefon Dienstl.:
Telefon Privat:		Fax:
Telefon Mobil:		E-Mail:
Ausbildung: ☐ Medizin- oder Zahnmedizinstudent(in) ☐ Arzt/-Ärztin oder Zahnarzt/-Ärztin ohne Facharztausbildung ☐ Facharzt/-Ärztin, Fachzahnarzt/-Ärztin ☐ Angehörige(r) paramedizinischer Wissenschaften ☐ Angehörige(r) einer anderen Fachrichtung		Anstellung: ☐ Ohne ärztliche Einstellung ☐ (Zahn-)Arzt/Ärztin in einem nicht-klinischen Bereich, und zwar in: ☐ Assistenzarzt/-Ärztin, Assistenzzahnarzt/-Ärztin ☐ Niedergelassene(r) Arzt/Ärztin oder Zahnarzt/-Ärztin ☐ Klinikarzt/-Ärztin oder Klinikzahnarzt/-Ärztin ☐ Oberarzt/-Ärztin ☐ Chefarzt/-Ärztin ☐ Im Ruhestand
Bitte zutreffendes ankreuzen: (gegebenenfalls keines, eines oder beides ankreuzen!) ☐ Ich bin iranischer Herkunft ☐ Ich bin ansässig in Deutschland		Ich bin in dieser Position seit: freiwill. Angabe
Approbiert seit: freiwill. Angabe		Berufserl. nach §10 bzw. 13 seit: freiwill. Angabe
Datum:		Unterschrift:

Einzugsermächtigung

Hinweis: Der aktuelle jährliche Mitgliedsbeitrag ist auf 250 € festgesetzt.

Für Medizin- oder Zahnmedizinstudenten und Studentinnen gilt zurzeit ein ermäßigter Jahresbeitrag von 50 €.

Ich bitte, meinen jährlichen Mitgliedsbeitrag von			Euro abzubuchen bei		
Geldinstitut:		IBAN:		BLZ:	
Ich versichere die Richtigkeit der angegebenen Daten und werde jede Veränderung der oben genannten Angaben unverzüglich der Akademie Iranischer Ärzte und Zahnärzte in Deutschland, e.V. (AIA) mitteilen. Mir ist bekannt, dass der Mitgliedsbeitrag ein Jahresbeitrag für das laufende Kalenderjahr ist. Im Falle des Rücktritts während eines Kalenderjahres wird der Mitgliedsbeitrag weder anteilig noch gänzlich zurückerstattet.					
Datum:			Unterschrift:		

Version August 2012

Bankverbindung:

Akademie Iranischer Ärzte und Zahnärzte in Deutschland, e.V. (AIA)

Deutsche Apotheker und Ärztebank

Konto Nr.: 0006926347, BLZ: 26560625