



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](mailto:info@kanun.org) & [info@aia.de](mailto:info@aia.de)  
[www.aia.de](http://www.aia.de) & [www.kanun.org](http://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.

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

## Einzugsermächtigung

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

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

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |              |                      |                            |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------|----------------------|----------------------------|
| <b>Ich bitte, meinen jährlichen Mitgliedsbeitrag von</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |              |                      | <b>Euro abzubuchen bei</b> |
| <b>Geldinstitut:</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | <b>IBAN:</b> | <b>BLZ:</b>          |                            |
| 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. |              |                      |                            |
| <b>Datum:</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |              | <b>Unterschrift:</b> |                            |

Version August 2012

Bankverbindung:

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

Deutsche Apotheker und Ärztebank

Konto Nr.: 0006926347, BLZ: 26560625