

[**International Society RAZI for Medicine and Psychotherapy**](https://razingo.com/en/home-d/)

**Beitrittserklärung / Erhebungsbogen**

**◻\* Hiermit stelle ich den Antrag auf die Aufnahme in den IGRMP e. V. gemäß der Satzung vom 13.10.2013**

**Persönliche Angaben**

Name: \* 

Vorname:\* 

Geburtsdatum: \* 

**Anschrift Dienstlich**

Straße, Nr.: 

PLZ, Ort: 

Tel. Mobil \* Dienstl. Email:

**Studium**\*

Titel/Akad. Grade/Berufsbezeichnung: 

**Derzeitige Tätigkeit**\*

Ort der aktuellen Tätigkeit: ………………………………………………………………………

**Veröffentlichung der Praxis Daten (Adresse, HomePage) auf der Homepage des Vereins.**

◻\* Ich bin mit Veröffentlichung meiner Daten einverstanden

◻\* Ich bin mit Veröffentlichung meiner Daten nicht einverstanden

**Mitgliedsbeitrag**

Der aktuell jährliche Mitgliedsbeitrag ist auf 75,- € festgesetzt

Kontoinhaber: Internationale Gesellschaft Razi für Medizin und Psychotherapie (IGRMP)

Verwendungszweck: **Gesellschaft Razi**

IBAN: **DE05 5139 0000 0070 4925 0**

BLZ: **51390000**

Bank: **Volksbank Mittelhessen**

Gläubiger-Identifikationsnummer im SEPA-Lastschriftverfahren: DE60ZZZ00001543032

Datum: Unterschrift