

## Aufnahmeantrag

Antragsformular ausdrucken und handschriftlich ausfüllen oder PDF-Formular am Computer ausfüllen. Verwenden Sie für das Ausfüllen des Formulars auch auf Mac-Rechnern das Programm Adobe Reader. Das Apple-Programm Preview ist dafür nicht geeignet.

Informationen und Formulare zur Mitgliedschaft finden Sie auf [www.gaed.de/mitglied-werden](http://www.gaed.de/mitglied-werden).

Ihre Fragen zur Mitgliedschaft beantworten wir gerne. Tel. (089) 716 77 76-o, E-Mail [info@gaed.de](mailto:info@gaed.de).

Datum des Antrags

im Format TT.MM.JJJJ

Mitglieds-Nr.

### Name und Titel .....

Genauere Titelbezeichnung, z.B. Dr. med., Dr. med. univ., Dr. med. dent., M.D., M.Sc. etc.

Herr

Frau

Titel

Vorname

Nachname

### Private Daten zur Person .....

Geburtsdatum

Geburtsort

Approbationsjahr

Approb.-Ort

Straße

Telefon

Adresszusatz

Telefax

PLZ – Ort

Mobiltelefon

Land

E-Mail privat

### Art der Mitgliedschaft .....

Hiermit beantrage ich die Aufnahme in die Gesellschaft Anthroposophischer Ärzte in Deutschland e.V. als

Ordentliches Mitglied

Ordentliche Mitglieder können Ärzte, Zahnärzte und Tierärzte werden.

Außerordentliches Mitglied

Außerordentliche Mitglieder können Medizinstudenten, Pharmazeuten, Humanbiologen, klinische Chemiker und Angehörige anderer medizinisch-wissenschaftlicher Berufe werden.

### Beruf .....

Arzt/Ärztin

Zahnarzt/Zahnärztin

Tierarzt/Tierärztin

Anderer Beruf

### Ausbildung in Anthroposophischer Medizin .....

Ich besitze die Anerkennung Anthroposophische Medizin (GAÄD)

Ich besitze die Internationale Anerkennung der Medizinischen Sektion (Dornach)

Bitte senden Sie mir Informationen zur Ausbildung zum Anthroposophischen Arzt zu.

## Mitgliedsbeitrag .....

Hinweis: Der Mitgliedsbeitrag ist steuerlich in voller Höhe als Spende absetzbar.

Mein jährlicher Mindestbeitrag beträgt laut Beitragsordnung €

Ich bin bereit, zur Förderung der Anthroposophischen Medizin einen erhöhten Beitrag zu bezahlen. Diese Zusage kann ich jederzeit widerrufen. €

Aufgrund meiner persönlichen Situation kann ich derzeit nur einen reduzierten Beitrag bezahlen. Die Gründe (z.B. Elternzeit, derzeit kein Einkommen aus Berufstätigkeit etc.) lege ich in einem separaten Anschreiben dar. €

Bei neuer Mitgliedschaft unter dem Jahr wird die Höhe des Beitrags anteilig ab dem Folgequartal berechnet. Beispiel: Bei einem Eintritt im August wird der Beitrag anteilig ab Oktober berechnet.

Ich nehme zur Kenntnis, dass Teilbeträge gemäß der Gesellschaftssatzung und den Beschlüssen der Mitgliederversammlung an Dachorganisationen, denen die Gesellschaft als korporatives Mitglied angehört, weitergeleitet werden.

Die Abonnementsgebühr für die Zeitschrift *Der Merkurstab* ist nicht im Mitgliedsbeitrag enthalten.

## Vertrag Integrierte Versorgung Anthroposophische Medizin .....

Ich interessiere mich für den Vertrag *Integrierte Versorgung Anthroposophische Medizin*, bitte senden Sie mir Unterlagen zu. Weitere Informationen unter [www.gaed.de/integrierte-versorgung](http://www.gaed.de/integrierte-versorgung).

## Veröffentlichung in der Zeitschrift Merkurstab .....

In der Zeitschrift *Der Merkurstab* werden in der Rubrik *Personalia* einmal im Jahr neue Mitglieder mit dem Namen, der Facharzttrichtung und dem Wohnort mitgeteilt.

Ich stimme der Veröffentlichung zu JA NEIN

## Veröffentlichung für die Arztsuche .....

Die GAÄD veröffentlicht auf ihrer Website auf Wunsch das berufliche Profil (Praxis, Klinik) in der Arztsuche. Siehe [www.gaed.de/arztsuche](http://www.gaed.de/arztsuche).

Ich wünsche eine Veröffentlichung JA NEIN

Mit der Zusendung des ausgefüllten Fragebogens stimme ich der Speicherung der Daten in der Mitgliederdatenbank der GAÄD zu.

Bitte senden Sie uns auch die ausgefüllte Einzugsermächtigung zu.

- Senden Sie das ausgefüllte Formular bevorzugt per E-Mail an [info@gaed.de](mailto:info@gaed.de) durch Klick auf den Button rechts
- Oder drucken Sie das Formular aus und senden Sie es per Post an:  
Gesellschaft Anthroposophischer Ärzte  
Herzog-Heinrich-Straße 18 | 80336 München, Deutschland
- Oder senden Sie den Ausdruck per Fax an (089) 716 77 76-49