

APW - Postfach 24 02 22 - 40091 Düsseldorf

Akademie Praxis und Wissenschaft
In der DGZMK
z.Hd. Frau Reuter
Liesegangstr. 17 a
40211 Düsseldorf

Fax an: 0211 669673-33
Mail an: apw.reuter@dgzmk.de

Akademie Praxis und
Wissenschaft der DGZMK
Gegründet 1974

Akademie Praxis und
Wissenschaft der DGZMK
Gegründet 1974

Geschäftsstelle

Liesegangstraße 17a
40211 Düsseldorf

Fon 0211.66 96 73 0
Fax 0211.66 96 73 33

apw.fortbildung@dgzmk.de
www.apw.de

Geschäftsführender Vorstand

Vorsitzender

Prof. Dr. Christian Gernhardt

Stellvertretender Vorsitzender

Dr. Markus Bechtold

Generalsekretärin

Prof. Dr. Anne Wolowski

SEPA Lastschriftmandat APW-Erennungsurkunde

die APW-Erennung und die damit verbunden kostenfreie Mitgliedschaft setzt eine Mitgliedschaft in der DGZMK und den erfolgreichen Abschluss eines APW-Curriculums voraus. Für die Ausstellung der Erennungsurkunde wird ein einmaliger Kostenbeitrag in Höhe von 50,00 Euro erhoben.

Ich erfülle beide Voraussetzungen für die APW-Mitgliedschaft:

1. Ich habe erfolgreich ein APW-Curriculum abgeschlossen (Kopie bitte beifügen)
2. Ich bin Mitglied der DGZMK Ich beantrage die DGZMK-Mitgliedschaft (Antrag bitte beifügen)

Als APW-Mitglied erhalten Sie für Ihre Fortbildungsaktivitäten bei der APW attraktive Vorzugspreise. Zur Aufrechterhaltung Ihrer APW-Mitgliedschaft ist es notwendig, innerhalb der nächsten 5 Jahre den Nachweis von mindestens 250 Fortbildungspunkten zu erbringen; damit verlängert sich die Mitgliedschaft um weitere 5 Jahre.

SEPA Lastschriftmandat/Einzugsermächtigung:

Gläubiger-ID: DE05ZZZ00000506898

Mandatsreferenz: APW Gebühr

Ich ermächtige die DGZMK, die einmalige APW-Zahlung in Höhe von **50,00 Euro** für die APW-Erennungsurkunde von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von der DGZMK eingezogene Lastschrift einzulösen.

Hinweis: Ich kann innerhalb von 8 Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Es gelten dabei die mit meinem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

Praxisadresse Privatadresse

Name/Titel Antragsteller: _____

Straße: _____ **PLZ/Ort:** _____

IBAN: _____ **BIC:** _____

Genaue Bezeichnung des Geldinstituts: _____

Name Kontoinhaber, falls abweichend: _____

Stempel/Datum/Unterschrift _____