

MITGLIEDSCHAFT IN DER DAOM E. V.



Für alle Teilnehmer(innen) im Studiensystem und in der ärztlichen Ausbildung ist die Mitgliedschaft in der DAOM obligatorische Eingangsvoraussetzung. Ebenfalls vorausgesetzt wird die Mitgliedschaft für alle Einträge in unseren Therapeutenlisten.

Mit einer **Mitgliedschaft in der DAOM e. V.** fördern Sie den Verein finanziell und ideell. Dabei kommt Ihnen Ihre Unterstützung unmittelbar und mittelbar wieder zugute, denn als Mitglied profitieren Sie in vielfacher Hinsicht:

- Die DAOM ist berechtigt, Ihnen für den Mitgliedsbeitrag eine **Zuwendungsbestätigung** auszustellen.
- Als Mitglied informieren wir Sie über **aktuelle Entwicklungen** vereinsintern genauso wie auf **berufspolitischer** Ebene in Deutschland.
- Als Mitglied können Sie an vereinsrelevanten **Wahlen** teilnehmen, z. B. an der Wahl der Schülerversammlung oder des DAOM-Vorstands.
- Als Mitglied und mit den entsprechenden Abschlüssen führen wir Sie in den **Therapeutenlisten** unter www.daom.de und www.äsom.de. Die DAOM wiederum ist bei einer Vielzahl von Krankenkassen als anerkannte Schule gelistet.
- DAOM-Mitglieder können die *DO – Deutsche Zeitschrift für Osteopathie* zum Vorzugspreis abonnieren mit 35 % Rabatt auf den jeweils gültigen Normalpreis.
- Vorstand und Schulleitung der DAOM engagieren sich für alle Mitglieder in diversen **Berufsverbänden** und **Fachgremien** für alle Osteopathie-Studierenden, um das Curriculum weiter zu optimieren und den bundesweit einheitlichen Ausbildungsstandard zu festigen. Die DAOM beobachtet und unterstützt Bestrebungen, die Osteopathie als Berufsbild anerkennen zu lassen und die Ausbildung ggf. zu akademisieren.

DAOM e.V.
Deutsche Akademie für
Osteopathische Medizin
Sentruper Str. 161

D – 48149 Münster

**Hiermit beantrage ich meine Aufnahme in die
DAOM Deutsche Akademie für Osteopathische Medizin e. V.**

Mitgliedsdaten bitte gut leserlich ausfüllen!

Name: _____ geb. am: _____

Vorname: _____

Praxis-/Dienstadresse

Privatadresse

Straße: _____

Straße: _____

PLZ, Ort: _____

PLZ, Ort: _____

Telefon: _____

Telefon: _____

Fax: _____

Fax: _____

E-Mail: _____

E-Mail: _____

Internet: _____

Beruf (mit evtl. Facharzt): _____

Die hier gemachten Angaben werden gespeichert und für Vereinszwecke verwendet. Die dienstliche Adresse/Telefonnr. wird auf Anfrage an Dritte, z. B. Patienten oder andere Kursteilnehmer, weitergegeben, sofern dem nicht schriftlich widersprochen wird.

Die Mitgliedsbeiträge werden grundsätzlich nur durch SEPA-Lastschriftverfahren eingezogen (siehe unten). Der Mitgliedsbeitrag beläuft sich seit dem 01.01.2010 auf jährlich 120 €.

(Ort, Datum)

X (Unterschrift)

Ermächtigung zum Einzug von Forderungen durch SEPA-Lastschrift:

Hiermit ermächtige ich die DAOM e. V., die von mir zu entrichtenden Zahlungen (Mitgliedsbeiträge, Umlagen etc. gemäß Beschlüssen der Mitgliederversammlungen) bei Fälligkeit zu Lasten meines Girokontos einzuziehen,

IBAN _____, **BIC** _____,

bei (Kreditinstitut) _____.

Falls mein Konto die erforderliche Deckung nicht aufweist, besteht seitens des kontoführenden Institutes keine Verpflichtung zur Einlösung. Teileinlösungen werden im Lastschriftverfahren nicht vorgenommen. Mir ist bekannt, dass ich 14 Tage lang die Möglichkeit habe, die Mitgliedschaft ohne Angabe von Gründen wieder zu kündigen. Dies muss in schriftlicher Form geschehen.

(Ort, Datum)

X (Unterschrift)