

# Aufnahmeantrag

<b>Institut</b>		
<b>Titel</b>		
<b>Vorname</b>		
<b>Nachname</b>		
<b>Fachrichtung</b>		
<b>Strasse</b>		
<b>PLZ   Ort</b>		
<b>Land</b>		
<b>Tel</b>		
<b>Fax</b>		
<b>E-Mail</b> (privat)		für Passwortzusendung
<b>E-Mail</b> (offiziell)		erscheint als Kontaktmöglichkeit für Patienten auf der Website
<b>Web</b>		
<b>Funktion</b>		Chefarzt, Praxisinhaber, Institutsvorstand, etc.

Bitte die Rückseite für Erfahrungen, Veröffentlichungen und / oder spezifisches Interesse im Bereich Anti-Aging verwenden.

**Mitgliedschaften** in anderen relevanten Vereinen / Gesellschaften:

--

Ich beantrage hiermit die Mitgliedschaft in der GSAAM (German Society of Anti-Aging Medicine e.V.)

Ich erkläre mich mit den Zielen der Gesellschaft einverstanden.

Ich erkläre mich dazu bereit den einmaligen Aufnahmebeitrag (Euro 180), sowie die jährlichen Mitgliedsbeiträge (Euro 180) auf Anforderung durch Einzugsermächtigung zu entrichten. Aufnahmegebühr und Mitgliedsbeitrag sind auch der aktuellen Beitragsordnung zu entnehmen.

<b>Bank</b>		
<b>IBAN</b>		
<b>Kontoinhaber</b>		
<b>Kto.-Nr.</b>	<b>BLZ</b>	

.....  
Ort / Datum

.....  
Unterschrift

**Antrag bitte per Post oder Email einsenden an:**

GSAAM e. V., Vallstedter Weg 114 A, 38268 Lengede, Deutschland

Tel.: +49 (0) 5344 - 80 33 70 | Fax: +49 (0) 5344 - 915949 | [gst@gsaam.de](mailto:gst@gsaam.de) | [www.gsaam.de](http://www.gsaam.de)

Kontoverbindung: Deutsche Bank München | IBAN: DE42 7007 0024 0226 6088 00

Kto.-Nr.: 2266088 | BLZ: 70070024

Ihre Erfahrungen in der Präventions- und Anti-Aging Medizin

**Erfahrungen**

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

Ihre Veröffentlichungen im Anti-Aging-Bereich

**Veröffentlichungen**

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

Ihre Spezifischen Interessen im Anti-Aging-Bereich

**Spezifische Interessen**

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---