

# Medizinische Gesellschaft für Myofasziale Schmerzen e.V. MGMS e.V.

---

Bitte zurücksenden an:

## Antrag auf Mitgliedschaft

MGMS-Sekretariat  
Johannisstr. 19/20  
49074 Osnabrück  
FAX (0541) 4099486



Arzt/Ärztin

Physiotherapeut/in

Freimitglied

Name: \_\_\_\_\_

Vorname: \_\_\_\_\_

Titel: \_\_\_\_\_ Geburtstag: \_\_\_\_\_

Straße: \_\_\_\_\_

PLZ: \_\_\_\_\_

Ort: \_\_\_\_\_

Land: \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_ (bitte mit Landesvorwahl)

Email: \_\_\_\_\_

Ich bin mit einem jederzeit widerrufbaren Bankeinzug des jährlichen Mitgliedsbeitrages einverstanden (Ärzte 50€/Jahr; Physiotherapeuten 30€/Jahr; Freimitglieder beitragsfrei).

Ja  Nein

IBAN: \_\_\_\_\_

BIC: \_\_\_\_\_

Kreditinstitut: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Ort/Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift