

# BDEM-Aufnahmeantrag

Ich möchte in den Bundesverband Deutscher Ernährungsmediziner e.V. (BDEM)



als Mitglied aufgenommen werden.

---

**Titel**                      **Vorname**                      **Familiennamen**

---

**Beruf**                                              **Institution**

**Dienstadresse**

		<b>Privatadresse</b>
<b>Straße / Nr.</b>		
<b>PLZ / Ort</b>		
<b>email</b>		

Als Postanschrift nehmen Sie bitte meine       Dienstadresse                       Privatadresse

**Mit der Abbuchung des Jahresmitgliedsbeitrages von 69,-- € bin ich einverstanden** (inkl. des monatlichen Bezuges der „Ernährungs Umschau“ und des „Ernährungsmediziners“ 4 mal pro Jahr).

Ich zahle den Beitrag jeweils auf Anforderung

Ich verpflichte mich, Änderungen von Bankverbindung oder Adresse rechtzeitig dem Bundesverband mitzuteilen.

---

**Konto-Nr.**                                              **BLZ**

---

**Ort / Datum**                                              **Unterschrift**

Das ausgefüllte Formular bitte originalunterschrieben **per Post** (kein Fax) senden an  
Bundesverband Deutscher  
Ernährungsmediziner e.V.  
Reichsgrafenstr. 11  
79102 Freiburg