



An die Geschäftsstelle der KetoMed
Internationale Fachgesellschaft für kohlenhydratreduzierte
und ketogene Ernährungsformen
Patschkauer Weg 38
14195 Berlin

office@ketomed.de
www.ketomed.de

Antrag auf Mitgliedschaft

von

Vorname und Name:

Titel/Ausbildung/Studienfach:

Fachgebiet:

Jahr und Ort des Abschlusses:

Anschrift:

Land:

Mailadresse / ggf. Webseite.

Telefonnummer (tagsüber):

Geburtsort und -datum:

Ich beantrage eine (bitte ankreuzen)

ordentliche Mitgliedschaft: 80 € pro Jahr
(Voraussetzung: abgeschlossene Berufsausbildung im Bereich
Medizin/Biologie/Ernährung oder verwandten Fächern)

reduzierte Mitgliedschaft: 40 € pro Jahr
(Voraussetzung: in Ausbildung im Bereich Medizin/Biologie/Ernährung,
bitte Ausbildungsnachweis einscannen und mailen)

Durch Ihre Unterschrift bestätigen Sie, die Satzung und die Datenschutzrichtlinien gelesen
und verstanden zu haben und die anzuerkennen.

Ort und Datum

Unterschrift

Nach positivem Entscheid über Ihren Antrag erhalten Sie eine Rechnung und unsere Bankverbindung. Der Mitgliedsbeitrag ist dann fällig und innerhalb von 14 Tagen auf das genannte Konto einzuzahlen. Er gilt für das laufende Kalenderjahr.

Als Mitglied verpflichten Sie sich zur pünktlichen Zahlung des jährlichen Mitgliedsbeitrags in der jeweils von der Mitgliederversammlung beschlossenen Höhe. Der Vorstand kann ein Mitglied ausschließen, wenn dies trotz schriftlicher Mahnung unter Setzung einer angemessenen Nachfrist im Rückstand ist. Die Zahlungsverpflichtung für offene Mitgliedsbeiträge bleibt davon unberührt.