

An die Geschäftsstelle der KetoMed
Internationale Fachgesellschaft für kohlenhydratreduzierte
und ketogene Ernährungsformen
office@ketomed.de

Antrag auf Mitgliedschaft

Vorname und Nachname: _____

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; bitte **Abschlusszertifikat
einscannen** und mit dem Antrag an [office@ketomed.de mailen](mailto:office@ketomed.de))

reduzierte Mitgliedschaft: 40 € pro Jahr
(Voraussetzung: in Ausbildung im Bereich Medizin/Biologie/Ernährung; bitte
Ausbildungsnachweis einscannen und mit dem Antrag an [office@ketomed.de mailen](mailto:office@ketomed.de))

eine private Fördermitgliedschaft: 80 € pro Jahr

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