

## Antrag auf Mitgliedschaft im IQUO e.V.

### Persönliche Angaben Praxis Angaben

Anrede/Titel:	_____	Straße:	_____
Vorname:	_____	PLZ/Ort:	_____
Nachname:	_____	Telefon:	_____
E-mail:	_____	Telefax:	_____
Datum der Niederlassung:	_____	Praxisnummer:	_____

### Einzugsermächtigung (obligatorisch)

<p>Ich erkläre mich damit einverstanden, dass der Mitgliedsbeitrag (in der jeweils von der Mitgliederversammlung gem. §4 Abs.2 IQUO-Satzung beschlossenen Höhe, z.Z. 400,- p.a. (300,- bei mehreren IQUO-Mitgliedern in einer Gemeinschaftspraxis / Praxisgemeinschaft)) widerruflich von meinem Konto eingezogen wird.</p>	Kontonummer: _____
	Bankleitzahl: _____
	Institut: _____
	Ort: _____

### Erklärung

<p>Ich bin ein in Deutschland niedergelassener Arzt für Urologie und betreue schwerpunktmäßig onkologische Patienten. Ich erkläre mich bereit, dieses auf Anfrage durch ergänzende Informationen/Unterlagen glaubhaft zu machen.</p>	Datum: _____
	Unterschrift: _____
	Praxisstempel: <div style="border: 1px solid black; width: 100%; height: 100%;"></div>

Den Antrag in Druckschrift oder maschinell ausfüllen und dann entweder per Post oder per Fax an den IQUO e.V. zu senden.