



Ziele der Gesellschaft:

Ziel der Gesellschaft ist die Erforschung, Diagnostik, Behandlung, Prävention und Aufklärung von Schmerzen durch funktionelle und strukturelle Störungen im Bereich des Haltungs- und Bewegungsorganes, sowie die sekundär ausgelösten reflektorischen Schmerzsyndrome, insbesondere unter Berücksichtigung der Somatisierung psychischer Störungen.

Antrag auf Mitgliedschaft

Name: Vorname:

Titel: Geburtsdatum:

Adresse Arbeitsplatz:

Strasse: PLZ: Ort:

Telefon: Telefax:

e-mail: homepage:

Adresse privat:

Strasse: PLZ: Ort:

Telefon: Telefax:

e-mail: homepage:

Ausbildung und akademische Grade:

.....

Examen in:
(z.B. Medizin, Zahnmedizin, Biologie etc.)

Fachausbildung(en):

Derzeitige Tätigkeit:
(Praxis, Universität, Krankenhaus, Tätigkeitsfeld)

Facharzt für: seit:

Zusatzbezeichnungen seit :
(z. B. Chirotherapie, etc.)

Therapieverfahren:

Weiterbildungsermächtigung ja nein

Wenn ja: Fach Dauer: Monate

Mitgliedschaft

Aufnahmegebühr: € 25,00

Jahresbeitrag: € 160,00

Assistenten in Weiterbildung sind auf Antrag von der Entrichtung der Mitgliedsbeiträge zu §7, Ziffer 1) der Satzung zu befreien. Die Befreiung gilt jeweils für ein Kalenderjahr. Voraussetzung hierfür ist, dass dem Verein selbstständig der Weiterbildungsstatus bis zum 31.12. eines jeden Jahres belegt wird. Wird der Status nicht fristgerecht beigebracht oder endet die Weiterbildung, lebt die Beitragspflicht nach §7, Ziffer 1) auf

Mitgliedschaft bei anderen Gesellschaften:

Ich erkläre mich grundsätzlich sowohl zu wissenschaftlich, publizistischer Tätigkeit als auch zu Vortragstätigkeit bereit.

ja nein

Ich bin damit einverstanden, dass entsprechend der mir vorliegenden Satzung, die fällige Aufnahmegebühr und der Mitgliedsbeitrag von meinem Konto abgebucht werden.

Bankverbindung:..... in:.....
Kto-Nr.: BLZ:.....
IBAN: BIC:.....

EINVERSTÄNDNISERKLÄRUNG

Hiermit stimme ich zu, dass meine Praxisdaten auf der Homepage der IGOST im Bereich Arztsuche aufgeführt werden.

ja nein

Ich wünsche alle Aussendungen an:

Praxisanschrift Privatanschrift

Ich stimme den Zielen der **IGOST** zu und bewerbe mich hiermit um die Mitgliedschaft.

Ort Datum Unterschrift und Stempel

1. Bürge 2. Bürge
(Als Bürgen werden alle Mitglieder der IGOST anerkannt)

Bitte senden Sie diesen Antrag an die:

**IGOST –Geschäftsstelle
Grüner-Turm-Str. 4-10**

Faxnummer: 0751 – 3 555 9797

88212 Ravensburg