

**Antrag auf Mitgliedschaft im *IABSP* (Interdisziplinärer Arbeitskreis  
Brandenburger Schmerztherapeuten und Palliativmediziner e.V.)**

Name:	
Vorname:	
Anschrift privat:	
Anschrift beruflich:	
Krhs/Praxis:	
Fachgebiet	
Behandlungsschwerpunkte:	
Telefon:	
Fax:	
Mobil:	
E-Mail:	
Bank:	
Kto.-Nummer:	
BLZ:	
Sonstiges:	

Hiermit ermächtige ich das *IABSP* widerruflich zum Einzug des jährlichen Mitgliedsbeitrages lt. Satzung von meinem genannten Konto.

Datum:

Stempel/Unterschrift: